KYSTES H

D

ET DE L

KYSTES HYDATIQUES

DU POUMON

ET DE LA PLÈVRE

KYSTES HYDATIQUES

DU POUMON

ET DE LA PLÈVRE

ÉTUDE CLINIQUE

PAR

Alfred Williams HEARN,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris.

PARIS

ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR

Place de l'Ecole-de-Médecine.

1875

INTRODUCTION

Notre attention fut appelée l'année dernière sur un cas rare de pathologie thoracique. Il s'agissait d'un homme qui offrait la plupart des symptômes de la phthisie tuberculeuse, affection dont on le croyait atteint. Cependant, sa maladie bien qu'offrant la physionomie générale de la tuberculose, présentait quelques traits assez insolites et assez anormaux pour frapper l'attention et pour le distinguer des phthisiques ordinaires.

Les choses en étaient là, lorsque tout à coup notre malade expectore une vaste hydatide, quelques heures après il meurt suffoqué. A l'autopsie, on reconnaît que les poumons ne renferment point de matières tuberculeuses, leur parenchyme est creusé par une vaste cavité, réservoir dans lequel était logé le kyste expectoré dans les derniers moments de l'existence. C'est alors surtout que les allures particulières de cette maladie, que sa marche inusitée revinrent plus vivement à notre esprit, et nous nous demandâmes s'il eût été possible d'établir un diagnostic précis avant l'expectoration hydatique.

Il est un fait certain, ce malade avait présenté les symptômes de la phthisie ordinaire, mais avec des caractères assez insolites et assez tranchés pour frapper notre attention ; l'expectoration hydatique ayant manqué jusqu'au dernier moment, on n'avait point songé à l'existence de cette maladie. Il nous a semblé intéressant de réunir, autant qu'il nous a été possible, les faits semblables, de les grouper, de les rapprocher, de les comparer et d'en tracer

l'histoire en nous appuyant sur la seule base véritable d'une description pathologique, c'est-à-dire sur l'observation.

Assurément la fréquence de la phthisie, la grande rareté des kystes hydatiques devra, dans le cas de doute, faire songer d'abord à la maladie la plus commune, cependant n'arriverions-nous qu'à constater l'impuissance actuelle de nos moyens de diagnostic et la similitude absolue des phénomènes produits par la présence d'un kyste ou par toute autre lésion pulmonaire, il n'en serait pas moins utile de préciser l'état de nos connaissances. Mais nous avons heureusement l'espoir de ne pas aboutir à un simple aveu d'impuissance et si, en l'absence de l'expectoration pathognomonique le doute est toujours permis, peut-être pourrons-nous établir que la réunion de certains phénomènes doit constituer de fortes présomptions en faveur de l'existence d'un kyste hydatique.

Toute maladie se traduit par des symptômes locaux ou généraux, souvent ces deux ordres de manifestations se réunissent et se complètent, parfois cependant elles restent isolées : ainsi, tantôt la lésion reste absolument locale, tantôt au contraire, c'est l'organisme tout entier qui se trouve atteint, sans détermination locale précise. Ce simple énoncé de pathologie générale semble nous offrir un premier moyen d'établir une différence entre les kystes hydatiques du poumon et une des maladies qui leur ressemble le plus, la phthisie tuberculeuse. La tuberculose est, en effet, l'expression d'un mauvais état général, la déchéance vitale et les lésions pulmonaires marchent d'un pas égal ; le kyste est au contraire une lésion purement accidentelle, un ver s'introduit dans l'organisme, il s'arrête dans tel ou tel viscère et ce sont à la fois les entraves qu'il apporte aux fonctions de cet organe et ses caractères physiques qui en dénotent la présence, les troubles généraux ne peuvent être que consécutifs à la perte de l'organe et à la sup-

pression d'une fonction indispensable. Sans doute dans plusieurs cas cette proposition est vraie, mais sa valeur se trouvera bien diminuée par une foule de circonstances ; tantôt, en effet, la présence du kyste dans le poumon entraîne rapidement un tel état de faiblesse que plusieurs auteurs ont caractérisé cette fâcheuse influence par la dénomination de phthisie hydatique, exprimant ainsi d'une façon énergique l'altération profonde imprimée à l'organisme par l'existence des kystes pulmonaires. Tantôt au contraire, soit une pleurésie enkystée, soit une dilatation bronchique, je n'ose dire une pneumonie caséeuse ou une excavation pulmonaire, seront pendant un temps plus ou moins long compatibles avec un état général auquel ne saurait convenir la dénomination de phthisie.

Restent les symptômes locaux ; d'une manière générale, ce sont les mêmes dans les kystes hydatiques et dans une foule d'autres lésions pulmonaires. Il en est surtout dans lesquelles la confusion serait fort possible, nous voulons parler des épanchements pleurétiques enkystés, la ressemblance entre les deux affections est frappante ; supposons, en effet, un épanchement pleurétique formé depuis un certain temps, il est au moment où nous l'examinons complètement dépouillé des symptômes inflammatoires et de la réaction générale qui ont accompagné son début ; la plèvre s'est habituée à son nouvel état, des adhérences se sont établies sur le pourtour du liquide et la tumeur ne possède que des caractères purement locaux ; ceux du kyste ne sauraient offrir de différences physiques, car, dans les deux cas c'est un liquide enkysté; dans les deux cas les parois thoraciques et les poumons sont soumis aux mêmes influences de refoulement, de pression et de gêne, dans les deux cas enfin la lésion locale ne détermine point de retentissement général, cependant leur étude nous permettra de

saisir quelques nuances insignifiantes lorsqu'elles sont isolées, plus significatives dans leur ensemble et leur réunion. Mais, c'est seulement après l'exposé des symptômes, après la statistique de chaque manifestation, en un mot, après la description générale de la maladie qu'il nous sera permis d'établir diverses catégories, de graduer les difficultés, de nous élever des cas simples à ceux dont l'interprétation est plus obscure, et d'établir enfin que, dans certaines circonstances, le diagnostic du kyste est possible, dans d'autres difficile, et, il faut malheureusement l'ajouter nous serons parfois dons l'impossibilité de distinguer la nature de la lésion thoracique jusqu'à ce qu'une circonstance particulière vienne nous éclairer.

Au point de vue clinique où nous nous étions placé, l'intérêt nous semblait résider surtout dans l'étude du diagnostic différentiel des kystes pulmonaires et des tubercules, la ressemblance entre ces deux affections nous paraissait presque complète, hémoptysies, amaigrissement, signes physiques, tout se ressemblait au point de rendre la distinction fort difficile, et les quelques recherches que nous fîmes dans cette direction nous semblaient justifier en tout point cette proposition devenue presque classique, tant il y avait unanimité de la part des auteurs à la formuler, à savoir : un kyste hydatique ne sera reconnu que par l'expectoration des membranes de l'hydatide.

Cependant, en étendant le cercle de nos recherches, nous nous aperçûmes que si cette proposition est vraie pour certains cas, son application n'est ni aussi absolue, ni aussi générale qu'on eût pu le croire de prime abord ; elle est vraie seulement lorsque le kyste s'est formé dans le sommet du poumon. Dans ce cas l'embarras est extrême, ou plutôt on commet franchement et sans arrière pensée une erreur de diagnostic, rien ne vient éveiller dans l'esprit le doute le

plus léger, ces cas n'admettent pas de diagnostic différentiel, et c'était nous épuiser en efforts superflus que de vouloir attribuer à ces kystes des caractères spéciaux qui n'existent pas, que de vouloir donner à notre sujet plus de précision qu'il n'en comporte. Que notre découragement en présence de l'inutilité de nos efforts ne nous fasse cependant pas dépasser la mesure, si le diagnostic est des plus difficiles il n'est pas à dire pourtant qu'un certain ensemble de circonstances telles que, caractères des hémoptysies, état général moins altéré qu'il ne devrait l'être, localisation des symptômes etc., ne puisse faire songer à l'existence de kystes hydatiques, ou du moins ne puisse faire admettre avec une certaine réserve l'existence de la tuberculose.

Cependant nous avons renoncé à notre premier projet, qui consistait à établir un parallèle entre les kystes hydatiques du sommet du poumon et la tuberculose et à mettre en relief les éléments propres à établir un diagnostic différentiel entre ces deux maladies ; mais en somme ces cas sont rares, il est bien plus commun de voir le kyste se développer ailleurs qu'au sommet du poumon ; et, dès lors, la lumière commence à se faire, les nuances se dessinent, la distinction devient possible ; de plus, dans ce cadre élargi il y a place pour des faits intéressants, et quels que soient le soin, le talent et l'autorité avec lesquels Davaine a tracé le tableau des kystes du poumon, son livre date déjà de quelques années, des faits assez nombreux ont été publiés depuis lors, ils n'ont pas été groupés et sauf deux thèses assez brèves écrites sur ce sujet, nous ne connaissons aucun travail d'ensemble où se trouvent réunies toutes les observations de kystes hydatiques du poumon et dans lequel une disposition méthodique permettra, à celui qui voudrait avoir des renseignements sur ce sujet, de trouver les éléments qui lui soient utiles.

Nous avons cherché avant tout à ne point nous écarter de la méthode de l'observation : recueillir les faits observés en tous pays, les relater tous, en cherchant à conserver dans la traduction la physionomie et les nuances par lesquelles les observateurs ont voulu exprimer certaines particularités, tel a été le but de nos efforts. Dans quelques cas nous avons cru devoir présenter à côté de notre traduction, l'expression étrangère, car elle nous semblait entraîner avec elle une idée particulière dont une périphrase eût affaibli l'énergie, et dont la langue française ne nous donne point d'équivalence absolue, ainsi d'ailleurs qu'on peut en juger par leur rapprochement.

Ces recherches nous ont appris que ces kystes si rares en France sont au contraire très-fréquents en Australie, plusieurs médecins de ce pays en ont cité de nombreux exemples, et nous ont fait connaître leur mode de traitement très-hardi.

Quant aux travaux français et à la plupart des travaux anglais et allemands, nous croyons les avoir compulsés avec soin.

M. Teissier, de Lyon, sachant que nous nous occupions de ce sujet a bien voulu nous montrer un de ses clients, atteint de kyste hydatique du poumon, nous en rapportons l'observation et prions M. Teissier d'accepter nos remerciements pour sa bienveillante attention.

Toutes les personnes qui se sont occupées de recherches bibliographiques connaissent les difficultés dont elles sont entourées, elles nous ont été en partie aplanies par l'obligeance avec laquelle M. Ollivier nous a donné les indications nécessaires et ses bons conseils.

Notre intention était d'abord de donner à cette étude le titre de kystes intra-thoraciques, mais cette dénomination n'eût peut-être pas été suffisamment exacte, car nous ne parlerons ni des kystes du cœur ni de ceux du péricarde,

nous ne comprenons pas davantage dans notre sujet les kystes qui, primitivement formés dans la cavité abdominale, dans le foie par exemple, ont gagné le thorax, par les progrès de leur développement et se sont ouverts dans les poumons ou la plèvre; nous nous bornons à l'étude des kystes primitivement formés dans ces organes, et nous ajouterons d'une façon incidente les kystes du médiastin, variété fort rare d'ailleurs, dont nous n'avons rencontré que deux ou trois observations.

Nous avons donc adopté le titre de : *kystes du poumon et de la plèvre.* Les connexions entre ces deux organes sont trop étroites pour qu'il n'y ait intérêt à réunir dans une même description les tumeurs hydatiques qui peuvent s'y développer ; les troubles fonctionnels qui se rattachent à la présence de ces hydatides se ressemblent trop pour ne point exposer à d'inutiles répétitions si l'on voulait les décrire isolément dans deux chapitres distincts ; les grands symptômes de voussure, de matité, de gène fonctionnelle sont les mêmes à peu de chose près. Il n'est pas à dire toutefois, qu'une distinction entre eux soit impossible, nous croyons au contraire le diagnostic fort praticable et nous en exposerons les éléments ; de plus, chaque fois que nous le croyons nécessaire, nous dédoublons la description du kyste pulmonaire et de ceux de la plèvre.

Voici enfin la méthode que nous avons suivie ; nous avons étudié à part chacun des symptômes auxquels peuvent donner lieu les kystes hydatiques et, dépouillant les observations, nous avons placé dans le cadre qui leur convient, les symptômes qui y sont relatés.

Avons-nous besoin d'ajouter que, malheureusement, un grand nombre d'entre elles sont d'une fâcheuse brièveté, et laissent à regretter l'absence complète de toute mention même au sujet de phénomènes importants ?

Quoi qu'il en soit, si ces omissions exposent à faire re-

garder comme rares des phénomènes au contraire assez fréquents, il est cependant possible, par la lecture d'un aussi grand nombre de cas (cent quarante), de se faire une opinion convenable sur la pathologie des kystes hydatiques du poumon et de la plèvre.

KYSTES HYDATIQUES

DU POUMON ET DE LA PLÈVRE

ÉTUDE CLINIQUE

DÉBUT DES KYSTES HYDATIQUES DU POUMON.

Il était intéressant de rechercher quelles sont les premières manifestations qui révèlent l'existence d'un kyste pulmonaire. L'examen des observations fait dans ce sens nous a appris que l'hydatide ne traduit son élection de domicile dans le poumon par aucun symptôme éclatant, il s'y installe sournoisement, s'y développe à petit bruit, sa marche lente et progressive permet aux tissus et organes qui l'avoisinent de s'habituer à sa présence, ils lui font place peu à peu, reculent devant lui, lui cèdent une large part dans les éléments de nutrition qui leur appartiennent et souffrent en silence la présence de ce parasite.

Cependant, si l'existence du kyste passe longtemps inaperçue, il n'est pas à dire que, lorsqu'il vient à se révéler par un signe irrécusable, tel qu'une expectoration d'hydatides par exemple, il ne soit possible de faire un diagnostic rétrospectif et de rapporter à leur véritable cause certains troubles légers et fugaces, tels que toux et dyspnée (troubles fonctionnels si communs dans toutes les affections pulmonaires), auxquels on n'eût jamais songé,

vu la rareté des kystes, à donner leur véritable signification.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons classer les débuts des kystes pulmonaires de la façon suivante ; nous établissons d'abord deux variétés principales; le début lent qui est la règle, le début brusque qui est l'exception.

Début lent. — Le kyste détermine pendant des mois ou des années une petite toux sèche, parfois accompagnée d'une expectoration séreuse ; cette toux a pu présenter une sorte de caractère quinteux et spasmodique que quelques observateurs ont comparé aux quintes de la coqueluche ; ce n'est qu'à la longue, et lorsque les phénomènes inflammatoires ont acquis une certaine intensité, que la toux perd son caractère de sécheresse et s'accompagne d'une expectoration muqueuse, muco-purulente et même sanglante.

Un phénomène assez fréquent au début, c'est l'oppression, l'anxiété respiratoire, mais cette dyspnée, considérée au point de vue de la valeur qu'elle présente comme phénomène initial d'un kyste pulmonaire, offre deux caractères très-différents ; tantôt c'est une simple gène respiratoire, s'exagérant par les efforts et les mouvements, assez semblables à la dyspnée des emphysémateux. Cette variété de dyspnée appartient au début lent ; tantôt au contraire, le malade est pris brusquement d'une oppression extrême avec imminence de suffocation, cette variété fait apanage au début brusque. Nous verrons plus loin la signification qu'il convient d'attribuer à ces deux genres de dyspnée.

Dans d'autres cas la première manifestation de la maladie a été une douleur plus ou moins vive, occupant un point quelconque de la poitrine. Cette douleur est-elle la conséquence d'une compression nerveuse, ou bien est-ce une névralgie intercostale d'ordre réflexe?

Enfin, dans un grand nombre de cas le symptôme initial a été un dépérissement, un amaigrissement progressif, un sentiment de malaise, surtout une faiblesse inexplicable. On conçoit combien ces phénomènes rapprochés de la toux, de la dyspnée, de la douleur de côté doivent porter à croire à l'existence d'une phthisie ; c'est en effet la pensée générale que nous trouvons exprimée dans la plupart des observations.

Début brusque. — Dans plusieurs observations, on présente le début de la maladie comme ayant été absolument inopiné, sans qu'aucun symptôme antérieur ait pu faire soupçonner un état pathologique du poumon. L'existence du kyste s'est tout à coup révélé :

1° Par une hémoptysie offrant divers caractères d'abondance et de gravité.

2° Par une expectoration d'hydatides accompagnée de tous les sentiments d'angoisse et de suffocation qu'entraîne leur passage à travers les voies aériennes ; on a vu cette première vomique amener la mort.

3° Soit enfin par la perforation de la plèvre et par la production d'un pneumothorax ; douleur violente dans le côté, dyspnée et imminence de suffocation.

Nous voulons bien admettre que l'un de ces phenomènes ait été l'occasion de la découverte du kyste ; mais nous comprendrions que l'on conservât quelques doutes sur l'état antérieur de la santé de ces individus ; un peu de dyspnée, une toux légère sont faciles à oublier, en présence d'aussi graves accidents ; en tous cas qu'ils aient ou non existé, il n'en est fait aucune mention.

Pour terminer nous dirons que le début, caractérisé par les signes que nous venons d'indiquer, s'est révélé tantôt sans causes appréciables, quelquefois à la suite d'une vive émotion ou d'un accès de colère.

DÉBUT DES KYSTES DE LA PLÈVRE.

Les kystes hydatiques de la plèvre sont beaucoup plus rares que les kystes pulmonaires ; leur début est-il entouré de moins d'obscurités? la plèvre est-elle plus tolérante que le tissu pulmonaire ? et traduit-elle par des phénomènes appréciables un trouble quelconque apporté à ses fonctions? Nous croirons volontiers que la plèvre supporte pendant longtemps la présence de kystes qui eussent vivement irrité le poumon. Voici les renseignements généraux fournis à ce sujet par l'analyse des observations.

Le développement d'un kyste pleural s'annonce par des douleurs thoraciques qui présentent certains caractères assez importants ; la douleur siége d'abord du côté affecté, de plus cette douleur, au lieu d'être un simple phénomène initial et de s'effacer assez rapidement, comme cela arrive dans les épanchements pleurétiques enkystés, cette douleur au contraire persiste pendant toute la durée de la maladie. Vigla s'est appuyé sur cette particularité de la douleur lorsqu'il a voulu établir la différence entre le kyste intrathoracique et un épanchement. A cette douleur se joint une dyspnée qui nous semble être complètement surbordonnée aux deux conditions suivantes : à la douleur qui entrave instinctivement les excursions thoraciques ; à la compression mécanique du poumon et à la diminution du champ respiratoire exigeant ainsi un surcroit de travail de la part des parties saines.

La toux a été plusieurs fois signalée, plus rarement toutefois que dans les kystes pulmonaires. Mais tandis que dans ces derniers, elle ne tarde pas à s'accompagner d'une expectoration plus ou moins abondante, dans les kystes de la plèvre la toux reste sèche, cette absence d'expectoration peut avoir une certaine valeur. Il est surtout un point sur lequel nous appelons l'attention, c'est l'absence de ces hé-

moptysies si fréquentes au début et dans le cours des kystes pulmonaires. Le crachement de sang n'a été signalé que dans des cas fort rares, et l'on peut se demander s'il ne s'agissait pas de kystes primitivement formés dans le parenchyme pulmonaire. Quoi qu'il en soit, ces faits ne sauraient infirmer la proposition suivante que nous croyons vraie presque sans exception : les kystes développés dans la plèvre ne déterminent l'hémoptysie ni à leur début, ni dans une phase quelconque de leur évolution.

Moutard-Martin a vu un kyste de la plèvre s'annoncer avec tout l'appareil d'une pleurésie aiguë (frisson, fièvre, point de côté, etc.).

Il est peu de cas où l'on ait mentionné un début aussi franc; nous inclinons à penser que le kyste existait depuis un certain temps, et qu'il avait créé dans la membrane séreuse une irritabilité spéciale qui s'est manifestée sous forme de pleurésie aiguë, à l'occasion d'une cause probablement légère et passée inaperçue. Un autre malade se trouve atteint d'une attaque de rhumatisme, il est pris de fièvre, de point de côté et même d'un empâtement de la paroi thoracique, ensuite on reconnaît l'existence d'un kyste hydatique.

Chez deux ou trois malades, se sont d'abord révélés les symptômes d'un pneumothorax, imminence de suffocation, orthopnée et douleurs affreuses dans le côté ; ces cas ne nous semblent pas appartenir aux kystes primitifs de la plèvre, l'hydatide n'a envahi cette région que d'une façon secondaire, le poumon avait été leur véritable point de départ, et c'est par une circonstance particulière qu'ils l'ont abandonné pour gagner la plèvre.

En somme, malgré la difficulté à formuler des lois générales d'après le peu de cas qui sont connus, nous dirons que le début des kystes de la plèvre est obscur, et que la première phase souvent ignorée de leur évolution ne produit ni les hémoptysies, ni les expectorations habituelles aux kystes pulmonaires.

SIGNES RATIONNELS.

TOUX ET EXPECTORATION.

Quelque graduelle que soit la compression exercée sur le tissu pulmonaire, la présence d'une hydatide éveille dans cet organe une sensation pénible qui se traduit par de la toux ; la toux est donc un phénomène très-fréquent de ces kystes, elle offre dans ses caractères des nuances assez tranchées, mais parfaitement en rapport avec le degré et la nature de l'irritation.

Ainsi lorsque le kyste est encore peu développé et qu'il n'est point rompu, la toux est fréquente, mais elle est sèche et elle revêt habituellement un caractère quinteux que l'on a comparé aux quintes de la coqueluche. Ainsi, les deux malades de M. Roger étaient atteints d'une toux sèche, quinteuse comme celle de la coqueluche, M. Baumès parle également d'une toux sèche et convulsive. En somme tout à fait au début, la toux qui est en est très-souvent la première manifestation, peut revêtir les diverses formes que voici : 1° habituellement elle revient par quintes ; (cette particularité est signalée dans un assez grand nombre d'observations pour que nous puissions la considérer comme étant la forme ordinaire).

2° Elle est fréquente, fatigante, presque constante, mais ne présente pas les paroxysmes de la première forme; cette variété est encore assez ordinaire.

3° Enfin c'est une toux n'offrant ni dans sa fréquence, ni dans son rhythme, rien de particulier; on l'a plusieurs fois comparée à la toux que présente la tuberculose à ses débuts. Lorsque le kyste occupe la cavité pleurale, il existe aussi, du moins dans la plupart des cas, une toux qui est

habituellement seche, n'offre pas le caractère quinteux, et différerait ainsi de la toux que provoquent les kystes pulmonaires.

La toux peut persister avec les caractères que nous venons d'indiquer pendant un laps de temps souvent fort long. Leroux cite un cas de kyste de la plèvre qui donna lieu pendant 3 ans à une toux opiniâtre. Il faut un changement survenu dans l'état anatomique du kyste ou dans celui des parties qui l'entourent, pour modifier ses allures.

Ainsi donc non-seulement au début, mais encore pendant la plus grande partie de la première période de la maladie, la toux reste sèche ; citons quelques exemples : c'est Quain qui parle d'une toux sèche presque constante, c'est Lebert qui, dans deux observations, signale la sécheresse de la toux, etc..

Par contre, dans quelques observations, (celle de Trousseau entre autres) la toux au lieu d'être sèche et quinteuse était accompagnée, des le début, de l'expectoration habituelle aux bronchites; quelquefois même, ainsi que nous le signalons dans l'article hémoptysie, la toux s'accompagne au début de quelques crachats sanglants ; ainsi donc longtemps avant la rupture du kyste, la toux peut être accompagnée d'une expectoration de nature variable.

Il n'est point difficile de donner une explication satisfaisante de cette double physionomie de la toux, à savoir : la toux sèche qui est la règle, la toux avec expectoration que est plus rare ; elle se trouve tout entière dans l'état de la muqueuse des bronches qui entourent le kyste, si celles-ci sont intactes la toux est sèche, si une bronchite s'est développée par irritation de voisinage, la toux s'accompagne de l'expectoration habituelle à la phlegmasie des bronches.

Peut-on expliquer le caractère quinteux de la toux, c'est là assurément une question de physiologie un peu déli-

cate ; mais serait-il irrationnel d'admettre que le kyste irrite les filets terminaux du pneumogastrique, que cette irritation transmise au bulbe détermine les contractions spasmodiques des muscles expirateurs, effort instinctif destiné à chasser l'obstacle ; or, cet obstacle n'étant point de nature à être expulsé, comme le serait par exemple une mucosité bronchique, les efforts de toux se succèdent sans interruption et prennent ainsi le caractère quinteux ?

Peut-être trouverons-nous dans les expériences de Rosenthal sur les effets produits par l'incitation du bout central du nerf laryngé supérieur, des preuves à l'appui de notre opinion.

On sait que sous l'influence de cette excitation on détermine un relâchement du diaphragme, une contraction spasmodique des muscles expirateurs, et un spasme des muscles constricteurs de la glotte ; il est impossible d'agir isolément sur les filets terminaux du pneumogastrique qui couvrent de leurs rameaux la muqueuse de la trachée et des bronches, mais tout porte à croire que cette excitation donnerait lieu à des résultats analogues.

Rapprochons cette expérience de quelques observations dans lesquelles la compression du pneumogastrique par des ganglions engorgés a également donné lieu à des quintes de toux spasmodique. Au lieu d'un ganglion, que ce soit un kyste, et nous avons ainsi l'explication de la toux quinteuse et semblable à celle de la coqueluche qui a souvent marqué le début des kystes hydatiques du poumon.

Tels sont les caractères de la toux et de l'expectoration au début du kyste, mais il convient, avant d'aborder l'étude de ces symptômes importants, au moment où s'effectue la rupture du kyste et après cette ouverture, d'examiner les modifications qu'elle présente un certain temps avant cette deuxième période.

Il nous semble qu'après avoir longtemps offert un carac-

tère quinteux et une sécheresse habituelle, dont quelques bronchites passagères peuvent momentanément modifier les allures, l'expectoration change notablement et cela longtemps avant l'apparition des vomiques. En effet, dans plusieurs observations pendant un certain laps de temps, avant la rupture du kyste la toux conserve, il est vrai, son caractère qu nteux et spasmodique, mais elle s'accompagne d'une expectoration muco-purulente et d'hémorrhagies assez sérieuses ; dans plusieurs cas on crut avoir affaire à de véritables phthisiques, dans certains cas le diagnostic était partiellement exact, car le poumon renfermait à la fois des kystes et des tubercules, ici la nature muco-purulente de l'expectoration et les hémoptysies recevaient une explication toute naturelle ; mais dans d'autres cas, bien plus fréquents, l'expectoration a été muco-purulente sans qu'il y ait eu coexistence de tubercules, et, sans que le kyste se soit ouvert, il faudra donc admettre l'existence d'un travail inflammatoire assez sérieux sur tout le pourtour de la tumeur, peut-être même ce travail phegmasique ne serait-il pas sans influence sur cette rupture? de plus, les changements anatomiques survenus dans la circulation pulmonaire rendent parfaitement compte des hémoptysies. Ainsi donc, la compression exercée par le kyste explique la production de la toux, et les caractères de l'expectoration ; nous verrons que ces irritations périphériques peuvent parfois être portées bien plus loin, au point de déterminer l'inflammation avec exsudat fibrineux et même la gangrène.

Ces expectorations muco-purulentes, ces hémoptysies fréquentes, en un mot ces signes de phlegmasie et de compression exagérée sont souvent le prélude de la rupture du kyste.

De plus, cette expectoration a parfois offert des variétés fort remarquables, à tel point que chez notre malade,

avant la rupture du kyste, par conséquent avant d'avoir reconnu l'existence de la maladie, et alors que nous croyions avoir affaire à une phthisie pulmonaire, les crachats avaient offert des caractères qui nous avaient vivement frappés, d'ailleurs dans notre observation, nous donnons à ce sujet les détails nécessaires.

Ainsi, les crachats sont alternativement muqueux, muco-purulents, spumeux, nous ne pouvons voir là que des modifications dans l'état inflammatoire.

2e *Période.* Le kyste se rompt, aussitôt le malade est pris d'une violente quinte de toux, les secousses se succèdent rapides, pressées, au point de faire craindre une suffocation immédiate, un flot de liquide jaillit de la bouche, c'est l'hydatide qui a rompu ses enveloppes et dont le passage à travers les bronches va susciter au plus haut degré l'exquise sensibilité qu'elles possèdent; aussi est-ce alors que la toux présente dans sa violence les limites extrêmes auxquelles elle puisse atteindre.

L'expectoration qui l'accompagne et qui constitue une vomique présente des caractères si importants que, de l'avis unanime, à elle seule elle fournira les éléments nécessaires au diagnostic.

Cette expectoration n'est pas toujours uniformément constituée, elle est formée de plusieurs substances qui sont souvent réunies ou confondues en quantité variable, mais qui, cependant, eu égard à leur fréquence et à leur importance, peuvent être classées ainsi : 1° Le liquide hydatique, renfermé dans la poche et contenant des échinocoques, des crochets et des lambeaux membraneux; 2° une certaine quantité de sang provenant des parois ou de la déchirure des parties qui l'avoisinent; 3° parfois une matière purulente.

Le flot de liquide que rejette le malade est tellement

spécial et caractéristique, qu'il faudrait une bien grande inadvertance pour n'en être point frappé ; il ne ressemble en rien aux expectorations de la bronchite, et, habituellement, c'est sa présence qui fait reconnaître la véritable nature de la maladie.

Au moment où le liquide passe dans la bouche, le malade éprouve un goût salé désagréable, souvent le liquide sort avec la plus grande impétuosité, et il n'est point rare que la violence des quintes de toux, qui en détermine l'expulsion, imprime en même temps à l'estomac des secousses suffisantes pour déterminer des vomissements.

Voici quels sont les caractères de ce liquide : il est très-clair, transparent, aqueux, s'il n'est point mêlé à des liquides provenant de la muqueuse bronchique, ou encore s'il ne s'est point fait une inflammation des parois du kyste, qui aura modifié sa nature au point de le rendre purulent, il peut être limpide comme de l'eau de roche, il n'a point d'odeur spéciale ; on se gardera de lui attribuer l'odeur de gangrène ou de macération qu'il présente parfois, mais d'une manière accidentelle, lorsqu'un sphacèle plus ou moins étendu s'est développé sur son pourtour. De plus, l'odeur du liquide peut n'être pas la même à tous les moments de l'expectoration, car si la poche ne se vide que d'une façon imparfaite sous l'influence du contact de l'air, le liquide qui séjourne dans les culs-de-sac et dont l'expulsion est plus difficile, subit des altérations chimiques qui lui donnent une odeur fétide.

Analyse chimique. — Généralement on ne trouve pas d'albumine dans le liquide hydatique ; ce liquide n'est point coagulable par la chaleur, il ne contient point de phosphates, mais il possède une grande quantité de chlorure de sodium, qu'il laisse déposer par l'évaporation (il suffit de laisser évaporer une goutte de ce liquide pour constater au microscope la présence de chlorure de so-

dium) ; c'est là ce qui lui donne son goût salé. Voilà les faits connus et admis par tout le monde ; mais le vif désir de rencontrer dans ce liquide quelque chose de spécial l'a fait étudier avec le plus grand soin, et quelques chimistes ont cru y trouver des qualités particulières. Voici ce que pense Hudson : le liquide hydatique se décompose aisément, et il contient une substance albuminoïde de nature spéciale qui n'est altérée ni par l'acide acétique, ni par les acides azotique, sulfurique, hydrochlorique, ni par la potasse, ni par l'iodure de potassium, ni par l'iode. Si on le traite par l'alcool, on peut obtenir un dépôt floconneux par le repos. Hudson a voulu désigner par un nom spécial cette substance albuminoïde, et il lui a donné le nom d'échinochyle.

Quelques auteurs signalent encore dans le liquide hydatique la présence de l'acide succinique. Bien que nous ne trouvions aucune observation dans laquelle l'existence de cet acide soit signalée, voici ce que dit Lebert à cet égard : « Le seul signe pathognomonique des hydatides est l'expectoration du liquide et des membranes de l'hydatide ; si l'ouverture est petite, l'expulsion d'un liquide clair est déjà suffisante, alors même qu'il est mélangé de pus ; l'analyse chimique, en démontrant la présence d'acide succinique et d'inosite est suffisamment démonstrative. » Allan dit également qu'il se trouve dans le liquide des kystes hydatiques de l'acide succinique.

Ce qui donne au liquide expectoré ses qualités fondamentales et souverainement précieuses pour le diagnostic, c'est la présence de crochets, d'échinocoques et des débris membraneux ; grâce à eux, le doute n'est plus possible, car ils constituent un symptôme pathognomonique. Les échinocoques se montrent à l'œil nu sous forme de grains de semoule blanchâtres ou grisâtres, qu'il faut examiner au microscope pour ne pas les confondre avec les granu-

lations graisseuses que renferment, suivant M. Robin certains acéphalocystes stériles. Les crochets ont la forme de petites cornes ; ils sont tantôt séparés, tantôt agminés. Enfin les parois de la poche peuvent être expectorées en parties et se présentent sous l'aspect de lambeaux membraneux blanc grisâtre, disposés en couches stratifiées. D'après M. Lebert, la substance que forme cette membrane est assez analogue à la chitine, mais cependant distincte, d'après les recherches de Lücke, et appelée hyaline par Hoppe-Seyler.

Les observations qui relatent la présence des crochets et des débris membraneux sont tellement nombreuses, qu'il est inutile de mettre en relief quelques-unes d'entre elles, car, d'ordinaire, ce sont ou ces crochets, ou une abondante expectoration aqueuse qui ont conduit à un véritable diagnostic.

L'expectoration est très-souvent mélangée à une quantité de sang plus ou moins grande, souvent considérable, ou du moins très-supérieure aux hémoptysies légères qui ont précédé la rupture du kyste. La production de cette hémorrhagie s'explique aisément par la nature vasculaire de la paroi et des tissus qui sont déchirés; mais nous avons ailleurs décrit le caractère de cette hémoptysie.

Une des complications les plus fréquentes consiste dans le mélange d'une certaine quantité de pus au liquide aqueux et transparent; ce pus provient de l'inflammation qui a envahi les parois de la poche.

La quantité de liquide expectoré est extrêmement variable, mais souvent elle a été considérable. Elle a pu se prolonger pendant quelques jours. M. Lebert cite un cas dans lequel elle a persisté presque sans interruption, pendant quatre jours. Rien, d'ailleurs, n'est plus ordinaire que de voir l'expectoration se faire d'une façon intermittente et séparée par des intervalles fort irréguliers.

Hémoptysies.

A tous égards, l'hémoptysie peut être considérée comme un des principaux symptômes des kystes pulmonaires ; elle tient une place importante dans leur évolution à une foule de titres, par sa fréquence, par ses caractères et quelquefois par sa gravité. Nous allons l'étudier sous ses divers aspects.

Fréquence. Elle est telle, que l'on pourrait noter à titre d'exception les cas de kystes pulmonaires qui n'en ont point déterminé ; c'est à peine si, dans le cinquième de nos observations, il n'en est point parlé ; or, si de ce nombre déjà restreint, nous retranchons ces brèves relations dans lesquelles il est simplement dit que le malade présentait l'aspect d'un phthisique et dans lesquelles nous sommes par conséquent légitimement en droit d'admettre qu'il avait été atteint d'hémoptysie, nous ne trouvons plus que fort peu de cas où elle fait complètement défaut.

Nous voyons au contraire que les hémoptysies sont extrêmement rares dans les kystes de la plèvre ; il est une observation relatée dans *la Lancette anglaise,* où l'hémoptysie est signalée, mais ce cas nous semble douteux, nous croyons devoir faire des réserves à son égard ; par conséquent, nous pouvons formuler comme une loi la proposition suivante : l'hémoptysie est la règle dans les kystes du poumon, la très-rare exception dans les kystes de la plèvre. De plus, les hémoptysies sont fréquentes, il est très-peu de malades qui n'en aient été atteints qu'une seule fois; habituellement, elles se sont répétées à certaines intervalles pendant des mois et des années, soit d'une façon continue, soit avec des intermittences variées.

Caractères. Plusieurs particularités peuvent être signalées, la couleur du sang rejeté, l'abondance de l'hémop-

tysie, les relations qui existent entre leur production et la phase à laquelle est arrivé le kyste, les désordres auxquels elle donne lieu, les lésions organiques auxquelles elles se rattachent, la signification qu'il convient de leur attribuer.

Pour ce qui regarde la couleur du sang expectoré, les observations n'ont pas toujours été très-explicites à cet égard ; toutefois, on voit que le sang a été rendu sous des aspects très-divers : il est souvent vermeil, spumeux, rutilant ; c'est surtout ce qui a lieu lorsqu'un vaisseau d'une certaine importance a été divisé et que le sang n'a fait que traverser les bronches sans y séjourner. Il est plus foncé, noirâtre, moins aéré, lorsque son exhalation est faible, continue, difficile. Souvent il n'y a pas d'hémoptysie proprement dite, mais un simple crachement de sang ; l'expectoration muqueuse ou purulente est striée de sang; ce n'est que dans deux ou trois observations que l'on parle de crachats visqueux et rouillés, indices probable d'une pneumonie développée sur le pourtour du kyste. Si nous négligeons les particularités peu intéressantes pour envisager l'hémoptysie à un point de vue général et basé sur ses principaux caractères, nous remarquons que toutes ses variétés peuvent se grouper sous deux formes principales.

1° Hémoptysie très-légère mais fréquente, méritant plutôt la dénomination de crachement de sang que celle d'hémoptysie véritable.

2° Hémoptysie proprement dite, dans laquelle le sang est rendu en grande abondance à la suite de quintes de toux plus ou moins pénibles, d'accès de suffocation plus ou moins intenses, parfois mortels.

La distinction de ces deux variétés a une importance que nous allons chercher à apprécier.

M. Bird a avancé que les hémoptysies qui se rattachent à l'existence de kystes pulmonaires doivent être divisées

en deux catégories parfaitement tranchées, différant par le moment de leur apparition, par leur caractère, leur abondance et leur signification. Les hémorrhagies de la première catégorie sont antérieures à l'ouverture du kyste, les dernières l'accompagnent.

Hémoptysies de la 1re période (c'est-à-dire précédant l'ouverture du kyste). Ces hémoptysies sont peu abondantes, souvent les crachats sont à peine colorés par le sang, c'est presque un suintement de sang (*oozing*), nous conservons cette expression, car elle nous paraît fort en rapport avec l'idée que nous nous faisons de cette variété d'hémoptysie.

Hémoptysies de la 2e période. Ici le sang est rendu en grande quantité avec tous les phénomènes de suffocation, d'anxiété que détermine la brusque irruption dans les voies aériennes d'une grande quantité de liquide. Ces hémoptysies ont été quelquefois foudroyantes.

Cette opinion de M. Bird nous paraît si conforme aux notions que nous ont fournies nos recherches, que nous croyons devoir l'étayer de quelques preuves à l'appui.

Nous disons donc que les hémoptysies peuvent offrir deux caractères très-différents, car elles peuvent être placées sous la dépendance de deux états très-distincts dans l'évolution du kyste.

Très-souvent, au début, ce sont de simples crachats sanglants, ainsi qu'on le verra dans notre tableau ; la plupart des observations signalent ce fait. M. Lebert parle d'une couturière qui fut atteinte de crachements répétés, très-légers ; plus tard survint l'ouverture du kyste. Chez le malade de Gairdner, il se produisit de temps en temps des crachements de sang, et, au bout d'une certaine période, survint une hémoptysie abondante avec odeur gangreneuse et débris membraneux. Mais il est inutile d'insister

davantage, plus de vingt observations font foi de ce que nous avançons, et leur nombre est assez imposant pour nous permettre de formuler la proposition suivante :

Pendant la période plus ou moins longue qui précède la rupture du kyste, il surviendra très-fréquemment, au moins deux fois sur trois, de petites hémoptysies ou de simples crachats sanglants, dont les retours plus ou moins rapprochés ne seront soumis à aucune règle fixe ; si on ne constate alors ni signes de tubercules, ni affection cardiaque, ni angine ou laryngite glanduleuse, qui sont les sources ordinaires des hémoptysies pulmonaires, il faudra songer à l'existence du kyste. On conçoit combien la présence d'un kyste dans le foie, ou encore l'existence des phénomènes rationnels et physiques que nous assignons au kyste pulmonaire viendra donner du poids à cette opinion.

Ce fait étant bien établi, nous devons rechercher par quel mécanisme se produisent ces hémoptysies légères et répétées ; il est certain qu'elles se rattachent aux conditions anormales dans lesquelles se trouve placée la circulation pulmonaire par le fait de la présence d'une tumeur. Sur tout le pourtour de la tumeur les vaisseaux sont soumis à une certaine pression, suffit-elle pour dépasser la résistance naturelle de leurs parois et pour déterminer quelques ruptures ? Faut-il admettre au contraire que le kyste, agissant à la façon d'un parasite, emprunte aux vaisseaux du voisinage les éléments nécessaires à sa nutrition; ces vaisseaux, dont les parois ont une résistance très-limitée et seulement suffisante aux fonctions qui leur sont normalement assignées, se rompent lorsque l'appel d'une quantité exceptionnelle de liquide augmente la tension du sang dans leur cavité.

Il nous semble difficile de sortir de ces deux hypothèses, car il est de toute évidence qu'avant sa rupture, le kyste

n'altère point directement le vaisseau, pas plus que les autres tissus qui l'avoisinent. Maintenant, est-ce la pression mécanique, est-ce l'augmentation de tension par surcroît d'activité qui entraînent le plus souvent la rupture, la solution du problème nous semble difficile.

Dans un cas, les hémoptysies du début, au lieu d'être simplement constituées par du sang pur ou plutôt mêlé à des crachats muqueux, le sang, dis-je, s'est trouvé intimement uni à des crachats visqueux et filants, c'est la preuve évidente de l'intervention d'un élément phlegmasique ; c'est qu'en effet une pneumonie s'était développée sur le pourtour du kyste dont la présence avait irrité le poumon comme eût pu le faire un véritable corps étranger. Ce fait a été rapporté par Quain.

3° *Hémoptysies contemporaines de l'ouverture du kyste.* — Constatons d'abord que la rupture du kyste s'accompagne habituellement d'une hémoptysie, et que ces hémorrhagies se sont reproduites à chaque rupture et à chaque nouvelle expectoration.

Babington cite le cas d'un malade qui, depuis longtemps était atteint d'une expectoration sanguinolente, lorsque tout à coup il est pris d'une violente hémoptysie accompagnée d'expectoration d'une certaine quantité d'hydatides.

Ces hémoptysies ont parfois été assez considérables pour entraîner la mort, soit par anémie, soit par suffocation et à l'autopsie, on a constaté la rupture d'un gros vaisseau pulmonaire. Ainsi Lebert cite un malade qui avait eu déjà plusieurs crachements de sang, lorsqu'il fut pris d'une hémorrhagie foudroyante; à l'autopsie on constata une longue érosion d'un vaisseau de troisième ordre.

Il est également un autre exemple remarquable de mort par suite de la rupture d'une veine pulmonaire signalé par Habershon. C'est un jeune homme de 17 ans qui, pen-

dant deux ans et demi rendait du sang en petite quantité; puis surviennent des signes de cachexie, les hémoptysies se succèdent coup sur coup, il meurt. A l'autopsie, on trouvait une vaste caverne et sur son pourtour un rameau d'une veine pulmonaire qui était fort dilatée; elle avait un demi pouce de circonférence, elle avait été perforée et s'ouvrait dans la partie inférieure de la cavité ; ainsi donc une veine pulmonaire était devenue variqueuse, s'était ouverte dans le kyste et avait occasionné une hémorrhagie mortelle.

L'expectoration des hydatides, au lieu d'être complète à la suite d'une seule vomique, se prolonge souvent à diverses reprises et ses retours peuvent être marqués par la reproduction de l'hémoptysie. Husson cite un malade qui expectora quinze fois des hydatides, et chaque fois cette expectoration fut suivie d'hémoptysies abondantes ; plusieurs faits de ce genre sont consignés dans nos observations.

L'interprétation pathogénique de ces faits n'est point soumise aux mêmes difficultés que celle des hémoptysies répétées et légères ; l'hémorrhagie est ici en rapport avec l'ouverture d'un gros vaisseau, on en retrouve les traces à l'autopsie. Rappellerons-nous à ce sujet l'intéressante observation de Baron dans laquelle, à côté du kyste pulmonaire, on trouve plusieurs foyers hémorrhagiques et les étranges déductions par lesquelles il était arrivé à considérer l'apoplexie pulmonaire comme le préliminaire obligé des kystes qui n'en seraient qu'une phase régressive?

Nous signalerons les faits assez singuliers de la présence de certains kystes hydatiques dans la cavité même des vaisseaux, dans les divisions de l'artère et des veines pulmonaires. Ces faits sont assez intéressants au point de vue anatomique ; quant à leur physionomie clinique, elle offre à peu près ses caractères ordinaires.

L'hémoptysie a été parfois le premier symptôme appréciable des kystes. Ainsi M. Ducastel a observé chez Hérard, à l'Hôtel-Dieu, un jeune homme de 25 ans qui, après une marche militaire de quatre jours, fut pris d'hémoptysies et rejeta une membrane hydatique ; à partir de ce moment les accidents thoraciques se succèdent rapidement et le malade succombe. Il existe d'autres observations analogues. Il faut admettre que l'évolution du kyste s'était faite avec assez de ménagements pour n'éveiller en rien la susceptibilité des tissus voisins qui s'étaient peu à peu habitués à ce voisinage, lorsque tout à coup sa rupture déchire le parenchyme pulmonaire et entraîne une hémoptysie ; à partir de ce moment le kyste se traduit par un ensemble de signes graves.

DOULEUR.

La douleur a offert dans plusieurs cas des caractères assez différents de ceux qui appartiennent aux douleurs provoquées soit par une pleurésie, soit par une des lésions habituelles du tissu pulmonaire , telle que la tuberculose. Sans présenter une bien grande acuité, elle s'est distinguée par sa persistance dans le même point, par le sentiment de gêne, de pesanteur toute spéciale auquel le malade ne s'habitue pas, il a parfois eu conscience de la présence d'un corps étranger dans la poitrine : cette sensation était surtout fort accentuée dans les efforts de toux.

Ce signe serait fort important s'il était absolu, malheureusement le kyste se complique souvent d'autres lésions qui, par elles-mêmes peuvent être douloureuses ; il peut aussi présenter des irradiations dans divers sens, ce sont tout autant de circonstances capables de diminuer la netteté de ce symptôme. Ainsi, après avoir établi d'une façon générale les deux propositions suivantes, à savoir : que

le kyste détermine une douleur circonscrite à son niveau, et que cette douleur consiste surtout en un sentiment de gêne et de pesanteur, nous allons entrer dans les détails et signaler les faits qui nous ont paru les plus dignes d'intérêt. On sait qu'il arrive quelquefois aux kystes hépatiques de déterminer des douleurs non-seulement dans l'hypochondre droit, mais encore des douleurs réflexes dans l'épaule droite ; il était intéressant de rechercher si ces douleurs à distance leur étaient spéciales, ou bien si elles pouvaient s'observer également dans les kystes pulmonaires développés soit à droite, soit à gauche ; il était *à priori* assez raisonnable d'admettre qu'un kyste pulmonaire ne pouvait que difficilement agir sur le nerf phrénique, par conséquent les douleurs de l'épaule devaient être fort rares; mais nos observations ne nous ayant point fourni de renseignements à cet égard, bornons-nous à signaler que dans un cas que M. Roger présente comme un exemple de kyste pulmonaire sans lésions du foie (il n'y a pas eu autopsie), il existait d'assez vives douleurs dans l'épaule droite.

M. Babington cite également un malade qui éprouvait des douleurs dans l'épaule droite, à l'épigastre et dans les lombes, mais il était atteint de kystes multiples.

Quelquefois la douleur a été intermittente, elle offrait ce caractère chez le malade de M. Ridge. Parfois elle s'est exaspérée sous l'influence du moindre mouvement Enfin le siége de la douleur n'est pas toujours exactement en rapport avec le siége du kyste, elle peut même s'irradier à distance, et on la note dans presque tous les points du thorax, dans le dos, l'omoplate, dans les fosses sus et sous-claviculaires, sur les côtés de la poitrine et même dans le creux épigastrique. D'ailleurs, rappelons que le kyste s'est compliqué souvent d'une foule de lésions pulmonaires, et si dans ces circonstances il survient de la

douleur, il peut être assez difficile de l'attribuer à sa véritable cause. Mais à côté de ces douleurs vagues, sans siége bien déterminé, sans relations précises avec leur cause productrice, douleur que l'on peut attribuer aux compressions nerveuses, il en est une autre très-caractéristique, c'est une douleur qui occupe précisément le kyste à tel point, que le malade a conscience de sa présence. M. Finsen en cite un exemple; cet auteur considère encore la douleur aiguë et pongitive, comme un symptôme très-important des kystes hydatiques, nous trouvons peu d'exemples capables de justifier cette opinion. M. Ridge parle également d'une sensation de déchirure qu'éprouve le malade au moment de la rupture du kyste, et nous la trouvons signalée dans quelques cas. Mais il est un moment où la douleur devient atroce, c'est lorsque le kyste hydatique s'ouvre dans la plèvre, il en résulte une pleurésie suraiguë qui se traduit par une souffrance très-vive; nous l'étudierons plus tard. Dans un cas de Laënnec, un kyste pulmonaire s'ouvrit dans l'estomac, ou du moins dans un des organes digestifs, car on en retrouva les éléments dans les selles; or, au moment de la perforation, le malade éprouva une douleur très-vive dans la région épigastrique. Ce cas est unique.

Peut-être la douleur est-elle plus fréquente dans les kystes de la plèvre ; la plupart des observateurs l'ont signalée, dans quelques cas même elle a offert une intensité qu'ils ont mentionnée, elle peut offrir des caractères particuliers, elle occupe le côté correspondant au kyste et elle se distingue des douleurs liées aux épanchements pleurétiques, en ce qu'elle est constante au lieu de disparaître en quelques jours, ainsi que cela a lieu dans les pleurésies. Nous pouvons résumer ainsi ce qui a trait à la douleur. 1° Dans les kystes pulmonaires qui ne sont pas encore rompus, il existe souvent des douleurs correspondant au lieu occupé par le kyste, pouvant présenter des irradiations.

2° Dans les kystes de la plèvre la douleur est un phénomène constant ou du moins très-habituel, elle occupe précisément les points où siégent le kyste, mais peut présenter des irradiations diverses ; de plus, la douleur est continue et persiste pendant toute la durée de la maladie.

3° Au moment de la rupture du kyste, il survient toujours une douleur généralement vive, assez fréquemment comparée par les malades à une sensation de déchirure. La douleur acquiert surtout un haut degré d'intensité lorsque le kyste s'ouvre dans la plèvre.

VOIX

Il n'existe aucun motif pour qu'un kyste intra-thoracique altère le timbre de la voix; tout au plus pourrait-il en être ainsi si le kyste, siégeant dans la partie supérieure du médiastin ou du poumon gauche, venait à exercer une compression sur le nerf récurrent ; mais semblable fait ne s'est pas présenté.

Il n'existe que fort peu d'observations dans lesquelles il soit fait mention de la voix, ce qui prouve que, dans l'immense majorité des cas, elle n'offre rien d'anormal. Chez un des malades de Baron, la voix était faible, dans un cas de Gairdner, elle était rude et basse. Vigla indique la faiblesse et l'altération de la voix. Ces faits n'ont aucune signification.

DYSPNÉE

Symptôme rationnel et constant des kystes pulmonaires, elle offre dans sa manifestation et ses degrés un rapport très-exact avec la gêne qu'apporte le kyste aux fonctions pulmonaires. Pendant une longue période de son évolution, c'est-à-dire pendant tout le temps qui précède sa rupture, le kyste a une existence fort obscure et si ce n'était la

gêne que sa présence apporte à l'accomplissement de certaines fonctions, il serait parfaitement toléré et de tous les parasites, ce serait celui dont l'existence serait la moins pénible. Ainsi, en tant qu'il n'a point déterminé de phlegmasie ou d'autres lésions de voisinage, il gêne simplement par sa présence comme le ferait tout corps étranger ; par conséquent, il va refouler le poumon, se développer au dépens de sa compressibilité, il entravera sa dilatation, la respiration sera donc gênée. Ce sera une gêne essentiellement mécanique et comme elle n'est point survenue d'une façon subite, qu'elle a peu à peu habitué les parties voisines à ce nouvel état, elle sera peu appréciable au début ; ce sera un simple sentiment d'oppression rarement spontané, mais mis évidence par toutes les conditions capables d'accélérer la respiration.

Cette dyspnée a revêtu parfois un caractère spasmodique; c'est ce qui eut lieu chez le malade de Gairdner.

Garreau parle aussi d'une couturière qui, depuis 3 ou 4 ans, était sujette à de la toux et à une douleur sourde située au-dessous de la mamelle droite ; deux ou trois fois elle avait eu des accès d'oppression, qui avaient duré des journées entières et qui avaient ensuite disparu, sans que l'expectoration ait présenté rien de remarquable; plus tard la respiration devint très-courte.

Lorsque le malade atteint de kyste pulmonaire est pris d'une bronchite, ce qui lui arrive souvent, la dyspnée est bien plus intense qu'elle ne devrait l'être par le seul fait de la phlegmasie bronchique; on le conçoit aisément, sans qu'il soit nécessaire d'entrer dans de nombreuses explications.

Le caractère spasmodique et intermittent de la dyspnée a été signalé dans plusieurs observations, mais on n'a pas eu soin d'indiquer si ces exacerbations coïncidaient avec la venue d'une lésion intermittente ; il est peut-être

difficile qu'il en soit autrement. N'y a-t-il pas cependant quelques cas dans lesquels la brusque augmentation du volume du kyste peut avoir surpris le poumon et déterminé rapidement une gêne supérieure à celle qui lui était habituelle ?

Pourtant, on peut à la rigueur concevoir que la simple augmentation du volume du kyste puisse entraîner une gêne respiratoire momentanée, à laquelle le poumon s'habitue plus ou moins rapidement ; puis dès que ce petit épisode s'est calmé, la dyspnée reprend soit les caractères qu'elle offrait avant cette exaspération, soit une allure un peu plus vive, un peu plus pénible, mais cependant modérée par rapport à ce qu'elle était au moment du paroxysme.

La brusque apparition de la dyspnée a été parfois occasionnée soit par une émotion, soit par un traumatisme, en un mot par une circonstance étrangère au kyste ; en voici des exemples. M. Vigla a rapporté l'intéressante observation d'un homme de 32 ans, qui fut renversé par un taureau et reçut un violent coup de pied dans le côté droit de la poitrine ; à partir de ce moment il a été pris d'une oppression et d'une dyspnée qui ont été toujours en augmentant ; cet homme était atteint d'un kyste de la plèvre.

De plus on a remarqué que le développement d'une maladie quelconque, ou même d'une grossesse peut hâter l'évolution des kystes. (Finsen). Il est raisonnable d'admettre que, sous ces diverses influences, le kyste a été irrité, peut-être même enflammé ; en tous cas il a accéléré sa marche, d'où exaspération de tous les symptômes de voisinage et par conséquent de la dyspnée.

Plus la capacité thoracique se trouve diminuée par le kyste et plus la dyspnée sera accentuée, ce n'est pas seulement une pression directement exercée sur le poumon qui

est capable de la produire, il suffit d'une diminution de la capacité thoracique quel que soit le siége du kyste, dans le poumon, la plèvre ou même la cavité abdominale. Dans toutes ces circonstances la respiration sera haute, la poitrine se maintient habituellement dans un état de dilatation très-supérieure à la normale, tous ses diamètres sont augmentés, les côtes sont moins obliques et, par conséquent, l'ampleur des excursions thoraciques se trouve fort diminuée.

La dyspnée, tout en étant un symptôme important des kystes pulmonaires, ne nous fournit donc que des renseignements dont la valeur est entièrement subordonnée à l'existence de signes plus positifs.

Mais, arrivons à une période plus avancée de la maladie, ce n'est plus la simple oppression du début, c'est une dyspnée continue et fort intense; tout, en effet, s'est alors réuni pour entraver sérieusement les fonctions pulmonaires; le volume du kyste est souvent considérable, une grande partie du poumon cesse de fonctionner, la respiration puérile des parties saines est insuffisante à rétablir l'équilibre et à fournir à l'hématose la quantité d'oxygène qui lui est nécessaire, le malade est obligé de multiplier les mouvements du thorax pour remplacer rapidement l'air qui vient d'être utilisé; malheureusement, les mouvements du thorax n'ayant pas leur ampleur naturelle, ils doivent encore subvenir par leur fréquence à ce défaut d'amplitude.

Enfin, à cette période de la maladie, le kyste s'est habituellement compliqué de bronchite et quelquefois de tubercules, nouvelles entraves apportées à l'entrée de l'air, nouvelle diminution du territoire sur lequel il doit agir.

Jusqu'à présent nous voyons que la gêne de la respiration a présenté les caractères suivants : d'abord simple gêne respiratoire, appréciable seulement dans certaines cir-

constances capables d'accélérer la respiration, puis oppression plus ou moins pénible, offrant des exacerbations lorsqu'un épisode tel qu'une bronchite vient entraver l'action des parties saines; puis, enfin, dyspnée véritable, continue, très-pénible, lorsque le kyste est très-développé. Il est enfin des cas dans lesquels la gêne respiratoire atteint le degré extrême de l'orthopnée, et plonge les malades dans l'anxiété la plus pénible, c'est ce que l'on observe dans deux circonstances qui jouent un rôle très-important dans l'histoire des kystes pulmonaires :

1° Au moment où le kyste se rompt dans les bronches, la brusque irruption dans les voies aériennes d'un liquide mélangé à des fausses membranes plus ou moins larges obstrue ces conduits, et détermine parfois la suffocation ; on le conçoit aisément, car ces fausses membranes forment des lambeaux plus ou moins larges et dont l'expulsion est des plus difficiles. On peut présenter comme une règle, que le passage des débris de la poche hydatique dans les bronches au moment de la rupture du kyste est toujours pour le malade une des phases les plus pénibles de la maladie, et que même dans plusieurs cas, il a succombé à l'asphyxie. Prenons, dans la foule des observations qui relatent de semblables faits, quelques exemples comme preuve de notre dire : notre malade était depuis quelques jours en proie à une oppression extrême, bien supérieure à celle qu'il présentait d'ordinaire, la rupture du kyste s'effectue, des lambeaux membraneux sont rejetés, quelques heures plus tard, il meurt d'asphyxie dans un accès de suffocation. Ceci est fort caractéristique et de la plus haute importance, car dans les vomiques purulentes ou liquides, le malade ne succombe point ; ce sont donc les parois de la poche qui seules sont capables d'obstruer les bronches ou le larynx au point de déterminer l'asphyxie.

Le fait est assez important pour que nous insistions sur

son existence. Au moment où le malade expectore le corps étranger, au moment où il va être débarrassé du parasite qui détruit son poumon, c'est alors qu'il court les dangers les plus sérieux. Woillez parle d'un homme qui entra à l'hôpital pour une dyspnée extrême; peu d'instants après son entrée, il succomba en rejetant par la toux une énorme quantité de liquide aqueux et transparent. Il est fort probable que des fausses membranes s'étaient arrêtées en route, soit dans les bronches, soit dans le larynx.

Lorsque le malade a traversé victorieusement les moments pénibles qui marquent l'ouverture du kyste et l'évacuation du liquide qu'il renferme, il est loin d'être à l'abri du danger, très-souvent la dyspnée persiste avec toute son intensité, les lambeaux de la poche se détachent successivement et à chaque segmentation se soulève ce terrible problème : le lambeau va-t-il traverser sans encombre les voies aériennes? c'est la vie de la malade qui en est l'enjeu.

Nous examinerons plus tard si l'intervention thérapeutique peut être utile pour prévenir cette ouverture dans les bronches.

Nous pouvons terminer ce paragraphe en disant que tout malade atteint de kystes pulmonaires, se trouve, au moment de la rupture du kyste, pris d'une dyspnée extrême occasionnée par le passage dans les bronches du liquide hydatique et surtout des fausses membranes, et que l'obstruction d'un point quelconque des voies aériennes par ces fausses membranes sont une des causes fréquentes de mort dans les kystes hydatiques; hâtons-nous d'ajouter que bien que cette expulsion soit dangereuse, elle doit être acceptée comme un signe favorable, puisqu'elle a été souvent le point de départ de la guérison, puisqu'elle constitue presque le seul mode de guérison possible.

2° Il est encore une circonstance, plus rare il est vrai,

dans laquelle le kyste hydatique détermine une dyspnée extrême, sans que toutefois la suffocation soit aussi à redouter que dans les cas d'ouverture dans les bronches, nous voulons parler de l'ouverture du kyste dans la plèvre et de la formation d'un pneumothorax.

Cette ouverture s'effectue souvent d'une manière brusque et inopinée : le malade n'éprouvait rien d'anormal, sa respiration depuis longtemps gênée n'offrait cependant rien d'inquiétant lorsque, tout à coup, il est pris d'une vive douleur dans le côté et d'une dyspnée extrême; il se dresse sur son séant, s'accroche aux objets du voisinage, de façon à mettre en jeu toutes les puissances inspiratrices; cette dyspnée intense qui va jusqu'à l'orthopnée est due à la perforation de la plèvre.

Voici à cet égard ce que nous apprennent les faits: une femme de 36 ans, d'une bonne santé apparente, fut prise tout à la suite d'une violente colère de suffocation extrême, d'anxiété, de douleurs très-vives dans le côté droit du thorax, à l'autopsie, vaste kyste communiquant avec la plèvre et les bronches, l'ouverture pleurale permettait facilement l'introduction du doigt (Fouquier). Un homme de 38 ans, sujet depuis longtemps à des hémoptysies, est pris tout à coup d'une vive douleur et d'une dyspnée intense, on trouva un kyste hydatique du poumon ouvert à la fois dans la plèvre et dans les bronches (Mercier, cité par Trousseau).

Une femme était depuis plusieurs années sujette à une toux sèche et à d'autres troubles pulmonaires, lorsque, en montant son escalier, elle fut prise subitement d'une douleur excessivement vive du côté droit avec anxiété et oppression considérable; à l'autopsie on trouva un kyste pulmonaire ouvert à la fois dans la plèvre et dans les bronches.

Il est inutile de multiplier les citations; la perforation

est toujours suivie d'une douleur très-vive et d'une anxiété intense, mais nous croyons devoir faire à ce sujet quelques réflexions. Il semble que, pour que la perforation de la plèvre soit suivie de la dyspnée spéciale, et même d'un pneumothorax dans la véritable acception de ce mot (présence de gaz dans la plèvre), il soit nécessaire que le kyste s'ouvre à la fois dans la plèvre et dans les bronches.

Supposons, en effet, qu'il vienne à s'ouvrir simplement dans la plèvre, qu'en résultera-t-il? le liquide passera de la cavité du kyste dans la cavité de la plèvre, il aura changé de place, mais l'air n'arrivera pas dans la cavité pleurale, par conséquent le poumon ne saurait s'affaisser, puisque la condition indispensable de cet affaissement, c'est l'équilibre de pression établi entre la surface pleurale et sa surface interne, équilibre qui se trouve réalisé, par exemple, au moment où l'on ouvre les parois thoraciques; le poumon ne saurait donc se déprimer, cesser de fonctionner; peu importe que le liquide soit dans la poche du kyste ou dans la plèvre, c'est toujours une compression à laquelle le poumon a été graduellement habitué, ce n'est point la brusque suppression de l'organe. Peut-être, cependant, l'irruption du liquide dans la cavité pleurale peut-elle déterminer (ainsi que le prouve la douleur) une inflammation sur-aiguë de cette membrane, et par suite une sécrétion assez considérable de liquide qui viendra pour sa part comprimer le poumon et augmenter la dyspnée; mais ce n'est point là le mécanisme du pneumothorax ordinaire. Hâtons-nous d'ajouter que, tout en croyant devoir faire ces réserves au sujet de quelques perforations de la plèvre qui pourraient ne se traduire que par de la douleur, ces réflexions sont peut-être un peu plus théoriques que pratiques; en effet, dans les observations où se trouvent relatées la perforation de la plèvre et la formation d'un pneumothorax, il y a toujours eu soit antérieurement, soit

simultanément, soit peut-être à une époque postérieure, perforation des bronches ; toutes les conditions nécessaires à l'arrivée de l'air dans la cavité pleurale et à la réalisation d'un pneumothorax légitime se sont donc réunies.

Pour résumer les physionomies diverses et progressives que présente la gêne de la respiration dans le cours d'un kyste hydatique du poumon, nous pouvons émettre les propositions suivantes :

1° Pendant un laps de temps indéterminé, dyspnée très-supportable de nature souvent paroxystique, avec exacerbation en rapport avec les accroissements brusques du volume du kyste ou l'accession d'une maladie thoracique intercurrente ;

2° Au moment de la rupture de ce kyste soit dans les bronches, soit dans la plèvre, accès de suffocation, orthopnée et quelquefois mort plus ou moins rapide occasionnée soit par un pneumothorax, soit par l'arrêt dans les voies aériennes de débris membraneux trop considérables pour les traverser.

En terminant la description des troubles qu'apporte à la respiration le développement des kystes hydatiques dans la cavité thoracique, nous ne pouvons nous dispenser de dire un mot de certaines dyspnées dont le mécanisme est absolument semblable, mais dont la cause génératrice diffère, c'est-à-dire dans lesquelles le kyste au lieu de siéger dans le poumon, la plèvre ou le médiastin, se trouve placé sur la face convexe ou diaphragmatique du foie.

Les kystes hydatiques soulèvent le diaphragme, refoulent graduellement le poumon et peuvent, grâce à l'extensibilité du muscle, s'élever très-haut, sans le perforer.

M. Davaine parle de kystes hépatiques qui se sont élevés jusqu'à la deuxième côte ; d'une autre part, le foie s'abaisse dans les mêmes proportions. Quoi qu'il en soit, le refoulement et la compression du poumon se traduisant par une

dyspnée semblable à celle que nous avons décrite, on conçoit que l'interposition d'une mince lamelle musculaire entre le kyste et le poumon, ne puisse en rien modifier la situation. Habituellement ces kystes ont été confondus avec des épanchements pleurétiques; mais ce n'est point ici le lieu de comparer leurs traits de ressemblance ou de rechercher les points qui les séparent.

ÉTAT GÉNÉRAL.

Si nous voulions exprimer d'une manière frappante l'état général des malades atteints de kystes pulmonaires, nous pourrions dire qu'il est meilleur que ne porterait à le croire l'ensemble des phénomènes morbides dont ils sont atteints.

Les malades présentent, en effet, la réunion de la plupart des symptômes de la tuberculose, ils toussent, ils ont des hémoptysies, ils éprouvent des sueurs nocturnes et très-fréquemment des accès fébriles ; l'examen de leur poitrine fournit les preuves de graves altérations pulmonaires, et, malgré cet ensemble, leur physionomie n'est point celle des tuberculeux.

Il y a d'ailleurs quelques restrictions à faire, elles sont nécessitées par le peu de précision qui s'attache à ce mot, d'état général. Sous cette dénomination on peut, en effet, réunir plusieurs manifestations générales, ou au contraire en restreindre la signification à un seul fait.

Dans le premier cas, on comprendra sous le nom d'état général, la physionomie du malade, l'état de ses forces, la manière dont s'effectue sa nutrition, l'existence ou l'absence de fièvre, de sueurs nocturnes, de diarrhée, enfin les symptômes de cachexie.

Dans le deuxième cas, le mot d'état général s'appliquera exclusivement à l'aspect extérieur du patient, c'est en

adoptant cette dernière signification que nous avons pu dire au commencement de cet article, que l'état général du malade était conservé et que son aspect extérieur n'était point celui d'un phthisique ; nous l'avons observé nous-même dans les circonstances où il nous a été possible d'examiner des gens atteints de kystes hydatiques. Chez notre malade de l'Hôtel Dieu et chez le malade que nous vîmes à Royat avec M. Teissier, rien au premier abord n'eût assurément pu éveiller dans l'esprit l'idée de la tuberculose, ils n'en avaient nullement le facies.

Mais si nous voulons entrer dans les détails de cet ensemble, nous remarquerons qu'à côté d'une intégrité relative de la physionomie, viennent se placer plusieurs atteintes à la santé, atteintes sans localisation particulière et dont l'étude appartient de droit à l'état général. Telles sont l'état des forces, de la nutrition ; la fièvre et les sueurs nocturnes.

Les forces sont toujours fort déprimées, nous le disons dans une autre partie ds ce travail ; il y a même quelque chose de spécial dans le contraste qui existe entre cette dépression, ce sentiment d'anéantissement et la conservation de l'embonpoint et du système musculaire.

La fièvre n'est pas un symptôme aussi constant que dans la tuberculose, elle me paraît surtout appartenir à une période plus avancée de la maladie ; ainsi dans bien des cas de kystes hydatiques la fièvre n'a été signalée que fort tard, lorsque déjà depuis un temps fort long s'étaient produits d'autres symptômes (hémoptysie, toux, etc.). La fièvre paraît être en rapport avec l'existence d'une complication phlegmasique telle que bronchite intense, pneumonie interstitielle ou fibrineuse, pleurésie ; son existence étant subordonnée à un épisode de la maladie, à l'existence d'une complication, elle n'offrira pas le type continu, elle

ne présentera pas les caractères de la fièvre hectique ; elle pourra même faire à peu près complètement défaut dans certaines circonstances, ainsi que le dit Lebert. Voici quelques faits : chez le malade de M. Vigla, il n'y eut pas de fièvre, chez celui de Pilon il y avait perte d'appétit, des forces, malaise, dépérissement, mais pas de fièvre. D'autres personnes ont conservé la santé jusqu'au jour où la rupture du kyste a entraîné des complications. Ullmann parle d'un malade dont l'état général avait toujours été bon, l'aspect extérieur était florissant et la musculature remarquable.

Le malade de Habershon avait aussi l'apparence de la santé. Ce qui prouve d'ailleurs la vérité de ce que nous avançons, c'est la rapidité avec laquelle disparaissent les phénomènes fébriles, après l'expulsion du kyste ; cette expulsion débarrasse les bronches et le tissu pulmonaire des causes de leur irritation et les lésions inflammatoires s'amendent et disparaissent souvent en peu de temps.

Il est vrai que plusieurs circonstances peuvent modifier ces allures, et que l'inflammation s'emparant des parois de la caverne, il se peut que la fièvre persiste et prenne une intensité nouvelle ; mais c'est là une chose exceptionnelle.

Les kystes de la plèvre sont-ils mieux tolérés que ceux du poumon, et l'apparition des symptômes généraux se trouve-t-elle seulement rattachée à l'explosion brusque d'une pleurésie occasionnée par la rupture du kyste? Le malade de Moutard-Martin fut brusquement pris de frisson, de fièvre, on constata une tumeur notable, on fit l'empyème et il sortit du pus et des membranes de kyste flétries, mais dans une foule de cas l'état général est celui d'un individu atteint de pleurésie chronique.

Les sueurs nocturnes sont en rapport avec le mouvement fébrile, elles en sont la conséquence naturelle ; aussi

comme la fièvre elles présentent des alternances et suivent très-exactement toutes ses phases d'amélioration et d'aggravation.

L'amaigrissement existe ordinairement, mais il n'est pas très-prononcé ; les conditions qui le déterminent sont au nombre de trois principales : le mouvement fébrile qui accélère la combustion organique, les lésions inflammatoires péri-kystiques, et enfin le ralentissement des échanges gazeux respiratoires en rapport avec la diminution du champ de l'hématose. Par contre, l'appétit étant conservé et les organes digestifs souvent intacts, la réparation peut s'effectuer et l'équilibre entre les recettes et les dépenses peut persister pendant longtemps ; il n'est pas à dire qu'il ne soit quelquefois rompu, l'amaigrissement a été, en effet, signalé dans plusieurs circonstances, mais il est à la fois moins prononcé et plus tardif que chez les phthisiques.

Les voies digestives conservent habituellement un fonctionnement régulier, l'appétit persiste et les digestions se font bien, la diarrhée est exceptionnelle.

DÉCUBITUS.

Très-souvent, surtout lorsque le kyste est encore à ses débuts, le malade se couche indifféremment du côté malade ou du côté sain. Plus tard, le décubitus offre des caractères plus tranchés et plus en rapport avec la gêne que le kyste apporte aux fonctions pulmonaires ; aussi le décubitus se fait du côté malade. Cette position est toute naturelle, car la tumeur ne retombe pas alors sur le poumon et n'entrave pas son fonctionnement ; en un mot, le décubitus s'effectue comme chez les gens atteints d'épanchements pleurétiques. Enfin, il arrive parfois que la respiration se trouve compromise au point de rendre le décubitus impossible, la dyspnée est devenue de l'orthopnée, le

malade reste assis sur son lit, en proie à la plus vive anxiété.

SIGNES PHYSIQUES.

DE LA VOUSSURE DU THORAX.

Chaque fois qu'un corps étranger liquide ou solide se développe dans la cavité thoracique, il doit nécessairement traduire sa présence par une dilatation de cette cavité; or, cette dilatation peut se présenter avec des caractères assez différents pour qu'il soit nécessaire d'établir une distinction.

1° La dilatation est appréciable par la simple inspection du thorax, et cela à tous les moments de la respiration, non-seulement pendant l'expiration, mais même pendant l'inspiration, en un mot, il y a voussure, ou encore le diaphragme est abaissé de telle sorte que le foie, l'estomac sont refoulés vers la cavité abdominale et descendent au-dessous de la limite naturelle de leur niveau inférieur. Nous étuderions les diverses particularités de cette voussure.

2° Il est un autre cas dans lequel la dilatation du thorax est moins appréciable, elle se traduit seulement par une diminution dans l'amplitude des excursions, diminution facile à apprécier, car la moitié de la poitrine qui correspond au kyste se trouve toujours placée dans une position voisine de la dilatation, tandis que la partie opposée s'affaisse d'une manière très-nette.

En un mot, du côté dilaté, la respiration devient haute et superficielle, tandis que du côté sain elle conserve ses caractères d'amplitude et de profondeur.

Voici d'ailleurs ce que nous apprennent les observations : 1° dilatation et voussure du thorax, dans les kystes intrapulmonaires. Chez un malade de M. Mac Gillivray, le côté droit était élargi de deux pouces. Darbez se borne à dire

que le côté droit était plus développé et les espaces intercostaux effacés.

M. Roger a observé un cas de kyste pulmonaire dans lequel la poitrine était saillante en bas, comme dans les cas de pleurésie.

Il existe plusieurs autres cas dans lesquels la voussure se trouve très-nettement indiquée ; il n'est pas fort utile de multiplier les exemples, mais nous pouvons les résumer ainsi : la voussure n'est pas un signe très-fréquent de kystes pulmonaires, mais lorsqu'elle existe, elle constitue un signe d'autant plus précieux qu'il est fort peu de circonstances, autres que les pleurésies enkystées, dans lesquelles la poitrine puisse offrir une semblable dilatation.

Trousseau fait ressortir toute l'importance de cette voussure : « C'est, dit-il, un signe diagnostique de la plus grande valeur et qui à lui seul pourra vous autoriser, à l'exemple de M. Vigla, à tenter la ponction exploratrice. » Cette forme particulière de la poitrine le conduisit à diagnostiquer une tumeur hydatique intra-thoracique chez une petite fille de 7 ans.

Si l'on se rapportait aux paroles de M. Bird, la voussure serait très-fréquente, du moins s'il ne le dit pas d'une façon positive, il le laisse entrevoir ; quoi qu'il en soit, elle n'est pas universellement signalée ; cela n'a point lieu de nous surprendre vu l'énorme compressibilité du poumon, qui fuit devant le kyste, lui fait place, sans la moindre difficulté, tandis que les espaces intercostaux et surtout les côtés offrent à son développement de très-sérieux obstacles.

La grande compressibilité du poumon, la facilité avec laquelle le diaphragme se laisse abaisser d'une part, et de l'autre la résistance des espaces intercostaux et des côtes nous expliquent pourquoi la voussure thoracique n'est

pas un phénomène constant, toutefois elle est encore assez commune, car nous voyons qu'elle a été signalée vingt-cinq fois environ.

Elle peut d'ailleurs occuper des positions assez diverses, souvent elle est diffuse et mériterait plutôt le nom de dilatation thoracique, phénomène dont la solidarité qui unit les côtes entre elles nous rend parfaitement compte ; les espaces intercostaux, se laissent souvent dilater plus que les côtes ; aussi peut-on apprécier leurs reliefs bombés et allongés au milieu de la voussure générale.

Trousseau a signalé un cas dans lequel la dilatation au lieu d'être uniforme et de ressembler, par exemple, à celle que produirait un épanchement pleurétique, était, au contraire, parfaitement circonscrite et globuleuse; cette forme globuleuse, bien que pouvant être l'indice d'une pleurésie enkystée ou d'un kyste hydatique, serait cependant plus commune dans les cas de kyste, et elle avait pour Trousseau une valeur diagnostique toute spéciale ; d'ailleurs, à ce sujet, M. Woillez fait les remarques suivantes qui peuvent être utiles. Chez le quart des sujets, on rencontre une saillie sur la partie antérieure gauche du thorax, tandis qu'elle est tout à fait exceptionnelle à droite ; ainsi lorsqu'on trouve une voussure dans cette région, doit-on toujours la tenir pour pathologique ; en arrière, la saillie postérieure gauche est presque aussi exceptionnelle que la saillie antérieure droite ; aussi les mêmes réflexions s'y appliquent-elles.

Il est quelques observations qui nous fournissent des renseignements assez précieux sur les modifications imprimées à la configuration du thorax par les kystes.

Nous venons de parler de la voussure, voici les dépressions qui lui sont consécutives et qui tiennent à l'évacuation de la poche; chez un malade de M. Roger, cette succession si naturelle se trouve très-nettement indiquée ; le

côté droit de la poitrine était manifestement dilaté à sa partie inférieure, cinq ans plus tard le côté droit est un peu déprimé en arrière, au lieu de la saillie plus grande existant normalement dans la région hépatique.

M. Hare rapporte l'observation d'un malade, qui après avoir expectoré à deux reprises différentes des fausses membranes épaisses, présentait un aplatissement au-dessous de la clavicule. Chez le malade de M. Gairdner, il existait à droite une voussure très-notable qui avait son maximum au niveau de la 5e côte ; au bout d'un certain temps, il y a expectoration d'hydatides et la voussure disparaît, elle est même remplacée par une dépression très-notable.

M. Garreau croit pouvoir attribuer la voussure à la présence du kyste, mais parfois celle du poumon qui lui-même a été appliqué par le kyste contre la paroi thoracique, dans ce cas la présence du poumon se traduisait par de la sonorité.

La voussure est un symptôme des plus importants et assez fréquent ; il en est un autre qui doit s'observer aussi, il est vrai qu'il n'est guère signalé dans les observations, ce qui tient sans doute à la faute de l'observateur ; en effet, il ne frappe pas les yeux comme la voussure, il faut le rechercher, je veux parler de la diminution des excursions thoraciques ; au point de vue théorique, elle doit se rencontrer dans tous les kystes intra-thoraciques pour peu que leurs dimensions soient notables. Pour les apprécier, on fait respirer largement le malade : le côté qui correspond au kyste, au lieu de s'affaisser, de se déprimer comme le côté sain, doit rester constamment dans un état de dilatation moyenne, en un mot ses excursions manqueront d'ampleur, la respiration sera haute et superficielle. Peut-être le cyrtomètre de Woillez pourra-t-il, dans ce cas, rendre quelques services, en démontrant, après la

fin de l'expiration, que le côté malade est plus dilaté que le côté sain. Voici une observation de Quain dans laquelle le phénomène a été bien étudié : il existait une voussure à gauche qui donnait à ce côte du thorax 3/12 de pouce de diamètre de plus qu'au côté droit, mais en comparant les deux côtés pendant l'inspiration et l'expiration forcée, les excursions thoraciques étaient de 5/12 de pouce plus marquée à droite qu'à gauche. Cependant nous faisens ici allusion surtout aux cas dans lesquels il n'existe aucune dilatation ni voussure appréciable, et où tout se borne à la diminution des excursions thoraciques.

Vibrations vocales.

Chaque fois qu'un corps étranger s'interpose entre les poumons et les parois thoraciques, il modifie la transmission à ces parois des vibrations qu'imprime la voix aux canalicules bronchiques. Si le corps étranger est bon conducteur (ce qui est rare), les vibrations sont mieux transmises, elles sont exagérées ; si, au contraire (ce qui a lieu plus fréquemment), il est mauvais conducteur, elles sont affaiblies ; or, les kystes intra-thoraciques, sous ce rapport, sont toujours dans ce dernier cas, et ils agissent exactement comme les épanchements pleurétiques. Cependant si, au point de vue de la transmission, les kystes se comportent comme des épanchements pleurétiques, ils sont loin de donner toujours des résultats semblables à ceux fournis par ses épanchements, ces différences se rattachent à leur différence de siége ; lorsque le kyste occupe la cavité pleurale, les vibrations vocales sont affaiblies, diminuées ou même abolies aussi exactement que dans les épanchements pleurétiques ; mais lorsque le kyste occupe l'intérieur du poumon, il peut refouler autour de lui le

tissu pulmonaire à des degrés très-divers ; assurément les vibrations qui se produisent dans les grosses bronches voient toujours leur transmission interrompue, dans une certaine mesure, mais dans une mesure très-variable, suivant le volume du kyste et suivant les rapports plus ou moins intimes qu'il contracte avec les parois thoraciques.

Nous n'insistons pas davantage sur l'existence d'un symptôme fort important, mais qui ne donne lieu à aucune contestation, ni au sujet de son existence, reconnue probablement chaque fois qu'elle a été recherchée, ni au sujet de son mécanisme, aussi simple et aussi rationnel que dans les épanchements pleurétiques.

Percussion.

A priori, les résultats fournis par la percussion de la poitrine doivent être fort nets et pourraient s'exprimer ainsi : 1° Lorsque le kyste est directement en contact avec la paroi, il existe à ce niveau de la matité ; de plus, la limite de la matité doit être nettement tranchée et marquée par une brusque transition avec une zone sonore.

Un autre fait important au point de vue du diagnostic, c'est que la limite supérieure, au lieu d'avoir la forme parabolique à convexité supérieure et à maximum plus élevé vers la colonne vertébrale, comme cela a lieu dans les épanchements pleurétiques qui obéissent à l'action de la pesanteur, cette limite doit présenter dans le kyste de grandes variétés, car ils sont complètement indépendants de ces lois ; il est vrai que les pleurésies enkystées offrent les mêmes variétés. Cette transition brusque entre les régions mates et les parties sonores a été regardée par Bird comme un des meilleurs signes physiques des

kystes intra-thoraciques ; chez un de ses malades, la matité était si bien tranchée, qu'on eût pu en tracer les limites avec une plume ; immédiatement au delà, la respiration s'entendait avec un caractère fort bruyant. Cette brusque transition sera donc un phénomène à rechercher ; jusqu'ici, il n'a été que rarement indiqué.

Cette matité complète est surtout observée lorsque le kyste contient encore du liquide ; lorsque la poche s'est vidée, les résultats de la percussion peuvent être profondément modifiés ; au lieu d'un son mat, nous pouvons avoir le son tympanique, le bruit du pot fêlé, en un mot les lésions particulières aux vastes cavernes ou au pneumothorax ; le kyste privé de son contenu, ne représente-t-il pas en effet une vaste excavation creusée dans le parenchyme pulmonaire et soumise aux mêmes conditions physiques que toute cavité, quel qu'en soit le mode de production ? Ces changements obtenus dans la percussion ont été parfaitement indiqués dans l'observation suivante: Un malade de Gairdner présentait sur un point du thorax une voussure très-accentuée dont la matité était absolue ; à ce niveau, il y avait absence complète de tout bruit normal ou pathologique ; mais sur tout son pourtour la respiration était bronchique, il y avait même un véritable souffle tubaire ; le malade vint à rejeter des hydatides, aussitôt changement complet dans les phénomènes physiques, les points anciennement mats sont le siége d'une résonnance tympanique, et à leur niveau on entend des râles caverneux. Nous pouvons ajouter encore que, chaque fois qu'il existe une voussure ou même une simple dilatation thoracique à son niveau, la percussion donne de la matité, car le kyste est venu directement s'appliquer sur la paroi pour la soulever, et si, par exemple, le kyste, primitivement développé au centre du poumon, avait refoulé autour de lui une lame de ce tissu, elle serait si fortement

comprimée et dénuée d'air que la percussion donnerait toujours un son mat s'il existait une voussure. L'interprétation des faits que nous venons d'avancer n'offre aucune difficulté, mais il n'en est pas toujours ainsi : dans certains cas, nous voyons en fort peu de jours les limites respectives de la matité et de la sonorité changer complètement. Ainsi, chez le malade de Pillon, la matité occupait d'abord les 2/3 inférieurs de la poitrine du côté gauche, et seulement en avant, la sonorité persistait en arrière ; quelque temps plus tard, sans qu'il se soit produit de phénomènes extérieurs appréciables, sans expectoration d'hydatides, la matité a changé de place, elle s'est portée en arrière, région qui d'abord était sonore.

Des changements tout aussi brusques et tout aussi inexplicables ont été signalés dans d'autres observations ; nous ne parlons pas des progrès graduels des kystes se traduisant, comme par exemple chez notre malade, par un affaiblissement progressif de la sonorité qui, peu à peu, se trouve remplacée par de la submatité, puis par une matité absolue ; nous ne songeons pas davantage aux malades chez lesquels le kyste s'est brusquement ouvert dans la plèvre en déterminant un pneumothorax avec son cortége si net de symptômes physiques, ni des kystes qui se sont ouverts dans les bronches ; en dehors de toutes ces circonstances, certains kystes intrathoraciques ont présenté en peu de jours des modifications plessimétriques dont il est difficile de se rendre compte, même en admettant le développement rapide dans leur voisinage, soit d'une pleurésie, soit d'une pneumonie, complications que le récit des observations n'autorise pas d'ailleurs à invoquer. Cette variabilité était surtout très-accentuée chez un malade de Widal.

Lorsque le kyste pulmonaire est encore plongé au milieu du poumon, la lame du tissu qui la sépare de la paroi

étant restée perméable, et enfermant une certaine quantité d'air, la percussion est à ce niveau à peu près sonore ; il existe une submatité plus ou moins accentuée, suivant le degré d'épaisseur de la lame interposée ; à mesure que le kyste grandit et s'applique sur la paroi costale, la sonorité diminue et se trouve graduellement remplacée par de la matité. Non-seulement ces changements dans la sonorité du thorax sont absolument en rapport avec les conditions qu'entraînent la présence et la situation du kyste, mais encore le doigt qui percute éprouve la sensation d'un défaut d'élasticité fort appréciable. Le poumon, refoulé par la tumeur, se trouve dans les mêmes conditions que lorsqu'il a été repoussé par un épanchement liquide, et il arrive parfois que le nouvel état se traduit par une sonorité tympanique perçue au pourtour et surtout au-dessus du kyste.

On n'a jamais eu, à notre connaissance, l'occasion de constater le frémissement hydatique.

En somme, les résultats de la percussion de la maladie qui nous occupe se rattachent :

1° A l'existence d'une tumeur mate développée dans le thorax. Cette tumeur est-elle directement appréciable, la matité est parfaite, absolue et peut déterminer les contours du kyste.

Une lame sonore est-elle interposée entre la paroi costale et la tumeur, sa sonorité masquera complètement ou en partie la matité du kyste.

2° Par suite du refoulement du poumon sur le pourtour du kyste, ce nouvel état de tissu pulmonaire peut se traduire par un son élevé, aigu, souvent désigné sous le nom de bruit skodique.

Kystes de la plèvre. — Les lois physiques qui régissent la sonorité du thorax et la transmission des vibrations

vocales veulent que lorsqu'un liquide s'accumule en quantité notable dans la plèvre, il y ait à la fois absence de vibrations vocales et matité à peu près complète. Or, que ce liquide soit le résultat d'un épanchement pleural ou du liquide d'un kyste hydatique, les conditions physiques sont les mêmes, les résultats doivent donc être identiques; c'est en effet ce qui a lieu.

Prenons les cas les mieux tranchés, (Genouville) ; son malade atteint de kyste de la plèvre présente de la matité dans la partie postérieure de la poitrine à droite. Chez le malade de Widal il y avait matité absolue à la base et résonnance skodique au sommet du poumon. Moutard-Martin signale une matité absolue dans tout le côté droit de la poitrine qui est dilatée par un kyste pleural.

Quelquefois la matité, au lieu d'occuper les parties déclives comme dans les cas précédents, se circonscrit dans un point quelconque du thorax ; c'est ce qui eut lieu chez le malade de Vigla.

En somme, les signes fournis par la présence d'un kyste dans la plèvre sont exactement semblables à ceux que donnent les épanchements pleurétiques; la différence dans les limites de la matité plus élevée en arrière et décrivant une parabole à convexité supérieure dans les cas d'épanchement pleurétique, tandis qu'elle peut offrir toute sorte de directions dans le cas de kystes, est peut-être un signe différentiel d'une certaine valeur.

Chez le malade de Vigla, il existait une sensation de fluctuation, d'ondulation très-manifeste, le mot de frémissement hydatique n'est pas prononcé. Bird, dit également avoir plusieurs fois senti la fluctuation ; était-ce dans un cas de kyste pleural ou de kyste pulmonaire? il ne dit rien à cet égard, mais tout nous porte à croire qu'il s'agit de kystes pleuraux.

AUSCULTATION.

Les variétés extrêmes que présentent les phénomènes stéthoscopiques dans les kystes intra-thoraciques ne sauraient être exposées avec quelque clarté qu'à la condition de prendre certains guides et d'établir quelques divisions. En effet, un kyste encore fermé et plein de liquide donnera lieu à des bruits bien distincts de ceux qui se rattachent à un kyste ouvert. L'existence d'une bronchite, d'un emphysème, etc., viendront encore mêler leurs bruits spéciaux à ceux qu'engendre le kyste. Ainsi, pouvons-nous légitimement admettre plusieurs catégories.

1° Le kyste est encore enfermé dans le poumon. S'il est peu développé, il ne se traduit par aucun signe physique, on entendra le murmure vésiculaire dans la zone de tissu pulmonaire qui le recouvre ; peut-être ce murmure sera-t-il affaibli, nuance peu appréciable et qui, en tous cas, ne porterait que peu de lumière sur l'existence du kyste.

2° Bien qu'enfermé dans le poumon, le kyste a de vastes dimensions ; ou il se trouve directement appliqué sur la paroi costale, ou bien la lame du poumon qui l'en sépare est complètement imperméable à l'air, elle se trouve dans un véritable état atélectasique ; dans ce cas il y aura absence complète de murmure vésiculaire et même de tout bruit, silence absolu au niveau du kyste. Mais sur son pourtour se font entendre tantôt une inspiration puérile, rude, souvent soufflante, car les vésicules pulmonaires et les petites bronches étant comprimées par le kyste, l'air vibre avec plus de force dans les bronches encore perméables. Ainsi, chez le malade de Roger, il y avait absence totale de la respiration au niveau de la matité, plus haut le murmure était énergique mais pur, sans mélanges de râles.

3° Bien que le kyste soit encore occupé par l'hydatide, il se peut que sur son pourtour se soit développée une bronchite ; elle se traduira par ses râles habituels, muqueux et sous-crépitants ; plusieurs fois en l'absence de pneumothorax, les râles sibilants ou ronflants, en un mot les râles sonores ont pris un timbre métallique, il en fut ainsi chez le malade de Lebert et chez plusieurs autres.

Que sur le pourtour du kyste vienne à se produire une pleurésie sèche, elle se traduira par des frottements rudes.

4° *Kyste ouvert dans les bronches.* — Ici nous avons affaire à une véritable caverne qui se traduira par un souffle creux et caverneux, et par du gargouillement, quelquefois même par un souffle amphorique, et du tintement métallique, et cela en l'absence d'un pneumothorax.

La voix suit dans ses modifications toutes les phases du bruit respiratoire, elle est bruyante, bronchique, caverneuse, amphorique ; cependant M. Roger, considère la résonnance bronchique de la voix comme un phénomène fort rare dans les kystes pulmonaires.

En effet, chez le malade que nous vîmes à Royat avec M. Tessier, nous pûmes constater qu'il n'existait pas de bronchophonie.

L'égophonie est tout à fait exceptionnelle dans les kystes pulmonaires.

Kyste de la plèvre. — Une grande variabilité dans les phénomènes d'auscultation s'explique par les dimensions variables du kyste et par la compression proportionnelle du tissu pulmonaire.

Lorsque le kyste est fort volumineux, on n'entend rien à son niveau, ni bruit normal, ni bruit pathologique ; mais sur son pourtour, c'est-à-dire soit au-dessus, soit en arrière, la compression du poumon se traduira par des bruits divers. La compression est-elle légère, on entendra un souf-

fle léger, voilé, lointain comme celui de certaines pleurésies ; est-elle plus forte, les petites bronches sont complètement obstruées et la résonnance vocale prendra le timbre d'un souffle bronchique.

Prenons une compression plus forte encore, ne laissant perméable que les grosses bronches ; le timbre spécial que présentera la respiration ressemblera tout à fait au souffle caverneux ; il y a longtemps déjà, que M. Roger a signalé ce fait dans les vastes épanchements pleurétiques, il existait de la manière la plus nette dans le cas de M. Vigla. Partout où il y avait matité, on n'entendait ni murmure vésiculaire, ni souffle bronchique, en arrière la respiration et la voix prenaient le timbre amphorique, c'est-à-dire qu'au niveau du kyste le silence était complet, car le poumon avait été refoulé à son niveau, la compression des bronches se traduisait par du souffle amphorique. Faut-il ajouter que très-fréquemment le kyste pleural détermine un véritable épanchement pleurétique, s'accompagne de bronchite et qu'il arrive même parfois qu'un pneumo-thorax vient mêler son souffle bruyant et son tintement métallique à tous les autres bruits engendrés par des causes aussi variées.

M. Roger, a signalé un fait assez curieux, qui peut se présenter dans les kystes pleuraux et qui explique comment parfois l'évacuation d'une quantité même très-notable de liquide et de membranes n'entraîne aucun changement dans les phénomènes stéthoscopiques. D'après cet auteur, certains kystes de la plèvre refoulent le poumon, le perforent, s'ouvrent dans une bronche, ils s'évacuent, mais le trajet qui fait communiquer la cavité du kyste avec la bronche est assez tortueux, oblique, allongé pour s'opposer à l'arrivée de l'air dans la plèvre, dans ce cas il n'y a point de changement dans les phénomènes perçus à l'auscultation.

La voix offre des caractères assez divers dont le plus remarquable est le chevrotement ou égophonie. Nous rencontrons l'égophonie dans quelques cas de kystes de la plèvre, malgré l'opinion de Vigla, elle manque absolument dans les kystes pulmonaires, l'égophonie constituera donc un précieux signe différentiel entre les kystes pulmonaires et les kystes pleuraux.

ERUPTIONS CUTANÉES.

Nous avons trouvé une singulière affirmation dans les descriptions des kystes pulmonaires données par les médecins d'Australie et surtout par Finsen d'Islande. D'après cet auteur, une éruption cutanée, surtout un urticaire serait un phénomène très-habituel des kystes hydatiques lorsqu'ils s'ouvrent dans une membrane séreuse, à tel point que dans un cas douteux, chez une femme qui n'avait point rejeté des hydatides, et dont les lésions thoraciques n'étaient que fort peu caractéristiques, il crut pouvoir affirmer l'existence d'un kyste en voyant une éruption d'urticaire s'effectuer sur une large surface ; le kyste se serait ouvert dans la plèvre, et comme conséquence l'urticaire apparaissait.

Ces faits ne sont pas aussi étranges et aussi rares qu'on pourrait le croire ; car, pourquoi la plèvre ne se comporterait-elle pas comme la péritoine ? N'est-ce pas la même structure, les mêmes fonctions ? Or, on ne compte plus les observations d'urticaire plus ou moins généralisées survenant à la suite de l'éruption, dans la cavité péritonéale, d'une quantité de liquide provenant d'un kyste hydatique.

En voici quelques-uns : M. Hudson parle d'un homme qui était atteint d'un kyste du foie, ce kyste se rompt, le liquide s'écoule dans la poitrine, quelques instants après, se développe une vive démangeaison, elle est générale,

s'étend des pieds à la tête et bientôt apparaissent les élevures d'urticaire. M. Hudson a reproduit à volonté cette même sensation de démangeaison et d'éruption en permettant à un peu de liquide de s'échapper dans le péritoine au moment où il faisait la ponction d'un kyste hydatique du foie.

M. le professeur Richet a observé une éruption semblable à la suite de la ponction d'un kyste hydatique du foie. Nous même avons été témoin dans le service de M. Gueneau de Mussy, d'un urticaire fugace survenu peu de temps après la ponction d'un kyste semblable.

Il est donc très-naturel d'admettre que l'ouverture d'un kyste hydatique dans la plèvre peut avoir sur la peau un retentissemeut semblable.

Comment expliquer cette singulière relation ? Nous ferons d'abord remarquer que ces éruptions n'ont jamais été observées qu'après la première ponction ; les évacuations suivantes ne les produisent pas ; or, on sait que lorsqu'un kyste a été ouvert une première fois, la nature du liquide qu'il contient se modifie complètement ; il faut donc pour que l'urticaire se produise, que le liquide hydatique soit bien pur. Est-ce la nature alcaline de ce liquide ; est-ce la présence des crochets? nous l'ignorons ; en tous cas, il n'est pas impossible que l'éruption soit due à l'irritation directe de la séreuse, ou encore à la pénétration du liquide hydatique dans les veines ou les lymphatiques? C'est un sujet à étudier.

FRÉMISSEMENT HYDATIQUE.

Briançon a fait connaître un signe pathognomonique des kystes hydatiques, c'est une sorte de frémissement semblable à celui que l'on obtient en imprimant une légère secousse à un sommier élastique.

Malheureusement ce signe tout à fait exceptionnel dans

les kystes du foie, est presque sans exemple dans les kystes intra-thoraciques.

Dans certains kystes de la plèvre, on a senti des fluctuations, des ondulations, mais le mot frémissement n'est pas prononcé.

Ainsi, Vigla dit, que chez son malade on éprouvait une sensation analogue à la fluctuation. Bird, aurait plusieurs fois perçu la fluctuation ; enfin, le seul cas où on ait perçu une sorte de frémissement, c'est le cas de Bally (clinique de la Charité, 1858). C'est auteur veut-il bien indiquer par là le frémissement hydatique, ou bien a-t-il simplement en vue la fluctuation ?

EXPECTORATION HYDATIQUE.

Il est, dans la description des kystes hydatiques, un fait qui domine toute la symptomatologie et qui se trouve formulé presque comme une loi par la plupart des auteurs qui ont écrit sur ce signe. Cette loi la voici :

Avant l'expectoration des kystes hydatiques, le diagnostic est à peu près impossible ; dans l'immense majorité des cas, avant cette expectoration, on a cru à l'existence d'une phthisie tuberculeuse ou caséeuse, ou à une pleurésie, et c'est seulement l'évacuation du kyste qui révèle l'erreur de diagnostic. Cette expectoration doit donc être considérée comme le fait le plus important, non-seulement au point de vue du diagnostic, mais surtout sous le rapport de la marche des phénomènes qui sont profondément modifiés par l'évacuation du kyste.

Or, ces expectorations se sont produites avec des caractères très-différents.

1° Au point de vue de leur fréquence ; nous pouvons dire qu'elle a été très-souvent constatée, dans plus de la moitié des cas.

2° Cette expectoration est survenue habituellement sans cause appréciable, sans cause occasionnelle; ainsi, notre dernier malade se trouvait tranquillement couché dans son lit lorsque, sans motif appréciable, un flot de liquide afflue dans la bouche et l'expectoration du kyste s'effectue.

3° L'expectoration a été parfois la première manifestation de la maladie, mais ces faits sont fort rares, elle a été habituellement précédée, pendant un temps variable, souvent pendant des années, de symptômes thoraciques et généraux fort analogues à ceux des lésions chroniques du poumon ou de la plèvre.

4° L'expectoration est toujours accompagnée d'une angoisse inexprimable, bien facile à expliquer par le volume souvent assez considérable du kyste et par la difficulté qu'il éprouve à se mouler dans la cavité des bronches et à cheminer dans ces passages relativement étroits. Elle s'accompagne fréquemment d'hémoptysies parfois considérables et en rapport, soit avec la déchirure d'un vaisseau volumineux, soit avec une brusque diminution de pression sur les parois de la cavité.

5° Le nombre des kystes évacués est aussi variable que leur volume ; parfois il n'y a qu'un kyste, souvent il y en a plusieurs (150 à 200 et même davantage) ce sont des kystes filles.

6° Cette expectoration est parfois unique, mais plus habituellement elle se renouvelle à plusieurs reprises, on l'a vue se reproduire presque sans intervalle durant une quinzaine de jours.

8° L'expectoration a été quelquefois immédiatement mortelle, le malade est mort suffoqué ; c'est ce qui a eu lieu dans les faits rapportés par Gairdner, Lebert, etc. Souvent elle a été le point de départ d'une guérison définitive ou seulement temporaire.

Parfois, malgré l'expectoration, et l'évacuation du

kyste, l'état du malade s'améliore fort peu, les parois de la cavité suppurent et on voit se dérouler les symptômes habituels de la phthisie.

En effet, comme le dit Davaine, si le kyste est ancien, si ses parois se sont épaissies, elles ne reviennent pas aisément sur elles-mêmes, elles s'enflamment, suppurent et le malade se trouve exposé aux dangers de la décomposition putride.

9° Parfois le kyste est évacué en entier, mais c'est seulement lorsque son volume est assez mince pour pouvoir traverser les voies aériennes ; le plus souvent le kyste est rompu, il s'évacue sous forme de lambeaux, qui se détachent à des intervalles assez variables, aussi, faut-il plusieurs jours avant que l'évacuation soit complète ; parfois enfin, le kyste arrive intact dans la bouche, se crève, et le malade éprouve parfaitement la sensation d'une poche qui se déchire, et un goût salé des plus prononcés.

PRÉSENCE SIMULTANÉE DES KYSTES DANS PLUSIEURS ORGANES

Il est utile non-seulement au point de vue de la description, mais, aussi comme guide de diagnostic, de rechercher si le kyste reste habituellement isolé dans le poumon, ou s'il coexiste avec la présence de kystes semblables dans d'autres organes. On conçoit, en effet, quels précieux renseignements pourra nous fournir dans un cas douteux, la présence d'un kyste dans l'abdomen, par exemple.

Or, en relevant nos observations et ne tenant compte que des faits positifs, c'est-à-dire des cas vérifiés par l'autopsie, nous avons vu qu'il était plus fréquent d'observer des kystes multiples que des kystes isolés. De tous les organes, celui qui en a présenté le plus souvent (conjointement avec le poumon) c'est le foie ; puis viennent les reins, la rate, le cerveau ; il y a parfois une multiplicité remar-

quable de kystes, on en a trouvé dans presque tous les viscères abdominaux et thoracique. Il est probable que dans plusieurs de ces cas, on aura eu affaire à ces variétés de kystes dits alvéolaires. Il est cependant fréquent d'observer des kystes isolés dans les poumons, le poumon droit en est bien plus souvent le siége que le poumon gauche. Enfin, il peut y avoir simultanément deux kystes dans la poitrine, l'un dans le poumon droit, l'autre dans le poumon gauche.

Les kystes de la plèvre ne sont pas très-rares.

Voici d'ailleurs un tableau qui présente les proportions relatives de leur siége dans tel ou tel organe.

FOIE.	MUSCLE.	POUMONS.	ET D'AUTRES ORGANES.	ET MÉDIASTIN.
Garreau lobe inf. Fouquier, — Lebert, — Moissenet, — Andral, — Bouvier, — Vidal, lobe moy. Sonnie - Moret, lobe sup. Gairdner, lobe supérieur Bailly, siége non indiqué. Krabbe, siége non indiqué. Mac - Gillivray, siége non ind. Dupuytren, siége non indiqué. Néga, siége non indiqué. Serraillier, siége non indiqué. Chvostek, lobe moyen et inf. 16 fois.	Habershon, lobe inférieur. Dowling lobe inf. Bouvier, — Pillon, lobe sup. Moutard-Martin, lobe sup. Woillez, siége non indiqué. Bird, siége non indiqué. Corazza, lobe inf. 8 fois.	Lebert, lobe inf. gauche et poudroit. Andral, lobe inf. gauche et droit Aubré, lobe sup. gauche, inf. et moyen droit. Baron, lobe inf. gauche, et lobe sup. droit. 4 fois.	Lebert, lobe sup. et inf. droit et foie. Darbez, centre du poumon droit et foie. Mac-Gillivray, lobe moy. dr., foie et épipl. Lecourtois, — — et foie. Maunsul, poumon droit, foie et vessie. Besnier, lobe inf. droit et foie. Ollivier, — moyen droit et foie. Troisier, — inf. droit et foie. Trochon, — sup. droit et foie. Seguin, — sup. droit, foie et cerveau. Watts, — inf. gauche et foie. Andral, — inf. gauche et foie. Hearn, — sup. gauche, foie et rein. Deffaux, poumon gauche, rate et rein. Maloët, des deux poumons et foie. Wolchkerus, poumon, foie et côlon. Martin, poum. dr. et gauche, foie et reins. Morgan, — — foie et cerveau Darbes, poumon et vésicule biliaire. Pinaut, kystes nombreux des deux poumons, foie et rate. Neucourt, poumon droit, nombreux kystes dans la rate et épiploon. Peacock, kystes multiples des poumons, foie, rein, rate. épiploon, cœur, etc. Ducastel, kystes nomb. des 2 poum. surtout aux bases, et dans le ventricule droit. Budd, kystes nombreux dans le poumon gauche, artère pulmonaire, ventricule droit, valvule tricuspide. Schrotter, kystes alvéolaires disséminés dans les deux poumons. Scheuthaner. — — — Carrière, — — — Andral, veines pulmon., poum., foie, etc. Wunderlich, artère pulmon., tum. multip. 29 fois.	Mercier, scissure interlobaire. Richter, médiastin ant. et kystes nombreux dans d'autres organes. Simon, médiastin ant. Alibert, — Geoffroy et Dupuytren, kyste dans chaque plèvre et foie. Cayol, kyste entre la plèv. et les côtes Cruveilhier, kyste ent. plèv. et poum. Andral et Lemaître, kyste de la plèvre gauche. Vidal, kyste de la plèvre g. Wallmann, — — Wallmann, — — Lancet. — — Mac Gillivray — — et foie. Culot, — — Baron et Soubeiran, kyste de la plèv. droite et foie. Genouville, kyste de la plèv. dr. et f. Leroux, — — — Smith, plèvre. 18 fois.

SANS INDICATIONS PRÉCISES ou SANS AUTOPSIE.

Lepois.
Pockels. . . . pas d'autopsie.
Roger . . . . —
Mac-Gillivray —
Trousseau. . —
Lignerolles, cas douteux.
Liouville, kyste du médiastin postér.

Kyste adventif.

Lorsqu'un kyste hydatique se développe dans un organe parenchymateux, il a l'habitude de condenser le tissu conjonctif du voisinage, de manière à se former une sorte d'enveloppe dont l'épaisseur, la consistance seront en rapport avec plusieurs circonstances, telles que l'ancienneté de la maladie, et surtout l'abondance du tissu conjonctif dans l'organe malade, etc. Or, sous ce rapport, les kystes hydatiques ne se comportent pas de la même façon lorsqu'ils se développent dans le poumon ou dans la plèvre.

1° *Dans le poumon.* On peut établir comme un fait que les kystes, lorsqu'ils s'entourent d'une enveloppe adventive, ne la possèdent ni aussi épaisse, ni aussi régulière que les kystes du foie. Peut-être même cette enveloppe manque-t-elle fréquemment ; elle est souvent mince et fort peu appréciable ; il faut probablement attribuer ce fait au peu d'abondance du tissu conjonctif dans le poumon. M. Houel, dans un rapport lu à la société anatomique, dit que toujours les hydatides sont enfermées dans un kyste adventif, mais que souvent il a été méconnu en raison de son peu d'épaisseur. Pour Trousseau, ce kyste adventif manque souvent, ou bien son enveloppe est fort ténue, ce qui explique la possibilité pour les tumeurs hydatiques du poumon de se rompre sous l'influence d'une affection inflammatoire de l'appareil respiratoire, ainsi qu'il en cite un exemple. D'après Cruveilhier, les hydatides du poumon et du cerveau sont très-souvent dépourvues d'enveloppe ; cependant, il est des cas où les parois de cette poche ont acquis une épaisseur et une consistance très-raisonnables, circonstance des plus défavorables, car en ce cas, malgré l'évacuation de l'hydatide, il

reste une vaste cavité dont les parois s'affaissent difficilement, ce qui amène une suppuration de longue durée ; parfois, au contraire, la transformation fibro-cartilagineuse de cette poche adventive a pu être favorable. Il n'est point fort rare, en effet, de rencontrer dans le foie des hydatides flétries nageant dans un liquide renfermé dans une poche à parois très-épaisses. Comment expliquer cette mort de l'hydatide? Ne peut-on pas admettre que la transformation cartilagineuse, l'épaississement des parois de la poche arrêtent ou entravent les communications que l'hydatide doit entretenir avec le reste de l'organisme pour subvenir à sa nutrition, et que cette absence d'apport nutritif a déterminé la mort de l'hydatide? Nous n'avons point trouvé de faits semblables signalés pour le poumon ; toutefois, rien ne s'oppose à ce qu'il puisse en être ainsi.

On a vu l'hydatide, avec sa poche, déchirer largement la plèvre et se transporter dans sa cavité ; ce fait est relaté par Garreau. Parfois, enfin, le poumon, contenant plusieurs hydatides, il existe une petite poche pour chacun d'eux ; leur juxtaposition peut entraîner la destruction des points par lesquels elles s'appliquent les unes aux autres, et, par suite, leur fusion incomplète entraîne la production d'une poche alvéolaire dont les cavités communiquent entre elles. Voici comment Lebert rapporte l'autopsie d'un de ses malades : « La grande caverne pulmonaire était divisée en plusieurs cellules et revêtue d'une membrane de tissu conjonctif, très-vasculaire, dense et solide ; la cavité renfermait des vésicules hydatiques de diverses dimensions ; dans le lobe inférieur du poumon droit, on trouvait également une petite cavité revêtue d'une seule membrane hydatique. »

Nous concluons que, dans le poumon, le kyste adventif manque fréquemment, que lorsqu'il existe, ses parois

sont habituellement minces, et qu'enfin, mais à titre exceptionnel, elles peuvent être dures et épaisses, et même calcifiées et ostéo-cartilagineuses.

2° *Kystes de la plèvre.* Davaine a formulé à leur égard une proposition formelle : Tout hydatide intra-thoracique entourée d'une poche adventive ne s'est point formée dans la plèvre ; il est vrai que l'on trouve parfois dans la cavité pleurale des hydatides renfermées dans une poche adventive, mais ces hydatides se seraient primitivement formées en dehors de la plèvre et elles n'y seraient arrivées que par le progrès de leur développement, on conçoit facilement cette opinion ; en effet, aux dépens de quel tissu conjonctif se serait formée cette poche ?

Voici cependant une observation qui semblerait prouver le contraire. Caron et Soubeiran ont rapporté l'histoire d'un malade atteint d'un épanchement dans la plèvre, et, au-dessous, se trouvait un kyste à parois fibreuses et résistantes, épaisses de plusieurs millimètres. Mais Davaine considère ce fait comme n'étant point un kyste de la plèvre.

Il existe encore l'observation de M. Genouville, dans lequel un kyste à parois épaisses et cartilagineuses aurait entouré un hydatide développé dans la plèvre. Mais cette hydatide résidait-elle bien réellement dans la cavité pleurale, ou bien s'était-elle développée entre le poumon et le feuillet pariétal de la plèvre ? La question n'est pas absolument claire.

En somme, nous sommes très-disposé à nous ranger à l'opinion de Davaine, et à admettre que les kystes hydatiques, développés primitivement dans la cavité pleurale, sont dépourvus de poche adventive.

Symptômes de voisinage et complications.

Il est tout naturel qu'une tumeur d'un volume aussi

considérable que celui auquel peut atteindre un kyste hydatique entrave les fonctions des organes thoraciques ; ils ne sont point tous, il est vrai, également impressionnables ; ils supportent avec plus ou moins de gêne les effets de cette compression. Voici d'ailleurs ce qui a été observé :

1° *Action sur le cœur.* Les palpitations du cœur sont assez fréquentes dans le cours des kystes hydatiques ; ces palpitations sont souvent la conséquence de l'entrave qu'apporte à la circulation pulmonaire la présence de la tumeur; parfois elles sont consécutives à un déplacement du cœur, plus rarement à une compression vasculaire.

Nous n'avons jamais vu signaler la syncope comme phénomène se rattachant à la compression du cœur par un kyste.

Les déplacements du cœur ne sont pas très-fréquents, toutefois ces déplacements ont été indiqués dans plusieurs circonstances ; chez le malade de Pillon, qui était atteint d'un kyste hydatique du côté gauche, le cœur était déplacé, le maximum d'intensité des bruits, au lieu d'occuper leur siége habituel, se trouvait placé sur la ligne médiane et correspondait au 1/3 inférieur du poumon. Par contre, Bally cite un cas de kyste du poumon droit, dans lequel le cœur éprouvait certains désordres ; c'étaient des palpitations, un trouble dans les battements du cœur, qui conserve un peu d'impulsion, mais qui paraît plus déjeté à gauche que dans l'état normal. A l'autopsie, on trouve tous les viscères fortement déjetés à gauche. C'est donc à tort que Fédérici a prétendu qu'un kyste siégeant à gauche ne déterminait jamais le déplacement du cœur ; le fait de Pillon est la preuve du contraire. Moutard Martin a également constaté que, chez son malade atteint d'un kyste du poumon gauche, le cœur était refoulé vers la ligne médiane et légèrement abaissé.

2° *Action sur les vaisseaux.* Il est fort rare que les gros troncs veineux de la poitrine soient comprimés par le kyste, cela vient de ce que, au lieu de siéger vers le médiastin, les kystes ont plus de tendance à se porter vers les parois thoraciques. Fédérici parle d'un malade chez lequel les veines jugulaires étaient distendues, gonflées, sans qu'il y ait eu altération du cœur droit. Dans plusieurs autres observations, nous voyons que les malades ont été, à une certaine période, atteints d'œdème ; ces œdèmes sont de deux ordres, les uns se rattachent à une altération générale du sang, ce sont des œdèmes cachectiques ; mais d'autres peuvent être de nature purement mécanique et doivent être rapportés à la compression de la veine cave ; ainsi Pinault rapporte l'histoire d'un malade atteint de kystes multiples et d'œdème des membres inférieurs, un de ces kystes occupait le bord postérieur du foie et comprimait en ce point la veine cave inférieure ; il est vrai que nous ne connaissons pas de kyste intra thoracique ayant déterminé une semblable compression.

Leroux a cité l'observation d'un malade atteint d'un énorme kyste hydatique et qui fut atteint d'un œdème des membres supérieurs, mais les membres inférieurs n'étaient point infiltrés ; à l'examen, on trouva un kyste énorme qui occupait presque toute la cavité thoracique : nous sommes portés à attribuer l'infiltration des membres supérieurs à la compression de la veine cave supérieure, car si l'œdème avait été de nature cachectique, il se serait surtout montré aux membres inférieurs; or ceux-ci étaient intacts.

L'aorte n'a probablement jamais été comprimée par le kyste. Fédérici parle bien d'un malade chez lequel il avait existé un rétrécissement de l'aorte, mais cette observation n'est pas concluante.

Les kystes ont parfois exercé sur les vaisseaux une

action érosive toute spéciale et assez étrange ; l'ulcération, quoique étant un fait très-anormal, a été fort nettement indiquée dans les deux observations suivantes :

Habershon parle d'un malade, à l'autopsie duquel on trouva un kyste volumineux ; autour de lui se trouvait une grosse branche de l'artère pulmonaire qui avait conservé son intégrité ; mais, au contraire, au-dessous, se trouvait une veine dilatée de un demi-pouce de circonférence, elle était perforée et s'ouvrait dans la partie inférieure de la cavité, ce qui avait, durant la vie, occasionné de nombreuses hémoptysies de sang noir. Chez un malade de Lebert, on vit également que le kyste avait déterminé l'érosion d'un rameau de 3e ordre de l'artère pulmonaire. Peut-être ces érosions vasculaires ne sont-elles pas aussi rares qu'on serait porté à le croire, car elles rendent parfaitement compte de certaines hémorrhagies à forme particulière, dans laquelle le sang, rendu en grande quantité, afflue dans la bouche sans effort de toux ; c'est ce qui a été observé chez le malade qui se trouve maintenant dans le service de M. Béhier. Toutefois, les observations ne sont pas assez nombreuses pour nous permettre d'arriver à formuler des conclusions à cet égard.

Action sur le tissu pulmonaire. Que devient le tissu pulmonaire autour du kyste ? Il supporte pendant un laps de temps variable son voisinage, puis il en souffre et s'altère de diverses façons. Lorsque le kyste s'est développé dans sa partie centrale, le poumon peut être presque complètement détruit et réduit à une simple coque ; habituellement il est refoulé, se laisse très-aisément comprimer, et parfois il a pu être réduit à de très-minimes proportions ; assez fréquemment son tissu est induré ; il existe une véritable pneumonie interstitielle ou sclérose, qui lui donne une consistance que, dans quelques cas, on a comparé à celle du cuir.

Dans le cas de Widal, le tissu pulmonaire qui avoisinait le kyste était induré et fibreux, et autour d'un autre kyste qui siégeait à gauche, le tissu pulmonaire présentait une congestion fort intense et même une véritable hépatisation.

On pourrait, *à priori*, penser que la compression d'une partie du poumon et que les quintes de toux se traduiront par un surcroit d'activité, et pourront, par suite, favoriser le développement de l'emphysème ; cependant, il est si rare de voir noter cette altération emphysémateuse que, dans les quelques cas où elle se trouve signalée, comme dans le cas de Widal, on peut la considérer comme une pure coïncidence.

La gangrène est une complication plus fréquente et plus redoutable ; elle s'explique très-naturellement par la compression que le kyste exerce sur les vaisseaux nourriciers du poumon, et par l'ischémie des régions qui ne reçoivent plus de sang ; souvent la gangrène a été un phénomène précurseur de la mort. Voici certains cas dans lesquels ce phénomène a été observé : Dans les derniers jours de sa vie, le malade de Gairdner exhalait une forte odeur de gangrène ; à l'autopsie, on trouva une vaste cavité communiquant avec les bronches ; elle était tapissée par une fausse membrane dont les parois étaient gangrenées, et le tissu voisin était induré et condensé. Lebert cite également le cas d'un malade atteint de kyste hydatique qui mourut de gangrène ; presque tout le lobe inférieur gauche se déchirait avec la plus grande facilité, et il s'en écoulait un liquide gangréneux. Chez le malade de Watts, les deux lobes inférieurs, mais surtout celui du poumon gauche, était compacte, facile à s'écraser, et laissait échapper une matière opaque d'odeur gangréneuse.

TUBERCULES

Dans plusieurs observations, on a trouvé à l'autopsie, des tubercules dans le tissu pulmonaire ; cependant cette coïncidence, loin d'être la règle, est presque l'exception. Lorsqu'on rencontre des tubercules et des kystes, on peut se demander quelle a été la lésion originelle ; assurément les kystes peuvent se développer chez les gens déjà tuberculeux ; toutefois, plusieurs observateurs ont émis l'opinion que la production des tubercules était postérieure. Voici ce que dit Habershon : son malade était atteint d'un kyste pulmonaire, à l'autopsie on trouva des tubercules dans les deux poumons, ils étaient surtout abondants dans le poumon gauche, plus particulièrement autour de la cavité que vers son sommet ; le poumon droit renfermait des tubercules surtout au sommet. Rien ne portait à croire que ces tubercules fussent antérieurs au kyste, il leur attribue au contraire une origine secondaire.

La présence de tubercules a encore été signalée dans cinq ou six observations.

En somme nous pouvons dire que, chez les individus prédisposés, la présence du kyste dans le poumon, l'irritation qu'il entraîne, les bronchites chroniques qu'il engendre, favorisent l'explosion des tubercules.

Doigts Hippocratiques. — Bird a observé cette deformation des doigts chez trois ou quatre de ses malades. Le malade de Trousseau la présentait également, et, à ce sujet, Trousseau faisait remarquer que cette déformation n'était pas indissolublement liée à la tuberculose, qu'elle pouvait s'observer dans les affections chroniques du poumon. De telle sorte que sa constatation ne doit point nous conduire à conclure qu'il n'existe dans le poumon que des tu-

bercules et pas de kyste, pas plus qu'elle ne nous entraîne à admettre que des tubercules sont venus compliquer le kyste.

Dysphagie. — Rien ne prouve qu'un kyste hydatique ne puisse comprimer l'œsophage au point de déterminer de la dysphagie. Ce fait ne se trouve signalé que dans une observation.

Vomissements. — Ils ont été signalés dans quelques cas, fort rares, d'ailleurs et sont probablement en rapport avec les quintes de toux, lorsque le malade s'affaiblit.

Action sur les bronches et la plèvre. — La tendance naturelle de tout kyste pulmonaire est de se frayer une voie vers l'extérieur ; or, les organes vers lesquels il se porte le plus habituellement sont les bronches et la plèvre. La destruction des bronches est un phénomène très-fréquent, nous avons vu, en effet, que l'expectoration des hydatides s'observe dans plus de la moitié des cas ; toutefois on eût pu présumer qu'il ne devait pas en être ainsi et que le tissu pulmonaire se laissant très-facilement comprimer, il devait en être de même des bronches ; mais dans un très-grand nombre de cas, nous voyons que les bronches s'ouvrent dans la cavité du kyste comme elles s'ouvrent dans une caverne tuberculeuse ? d'ailleurs la muqueuse qui les tapisse offre habituellement tous les caractères de la bronchite ; nous ne reviendrons pas sur ce sujet que nous avons déjà traité à propos de l'expectoration.

L'ouverture du kyste dans la plèvre est également assez fréquente, très-fréquente même, il en résulte un pneumothorax. Nous consacrons une étude spéciale à ce mode de terminaison.

Mais, avant de s'ouvrir dans la plèvre, le voisinage irritant du kyste a souvent échauffé cette membrane, il en est

résulté une chute de son épithélium, une rudesse et une sécheresse toutes spéciales, d'où la production de bruits de frottement ; il est plus rare d'observer les phénomènes d'un épanchement.

Kystes de la plèvre. — Les désordres qu'entraînent dans la forme la nature, la circulation et le volume du poumon les kystes qui ont leur siége dans la plèvre, sont en tout point semblables à ceux qu'engendrent les épanchements pleurétiques ; le poumon est simplement refoulé et comprimé, il ne saurait être carnifié, ni induré, ni atteint de pneumonie interstitielle, il n'existe pas de conditions favorables à la production de la gangrène. Les kystes de la plèvre peuvent s'ouvrir dans les bronches et déterminent ainsi la formation d'un pneumothorax ; de même, mais bien plus rarement, ils peuvent se diriger vers les parois intercostales qu'ils soulèvent, et à travers lesquelles ils peuvent même s'ouvrir spontanément après avoir déterminé la formation d'un abcès.

Enfin les kystes intra-thoraciques, quel que soit leur siége, plèvre ou poumon, ont pu refouler le diaphragme et s'ouvrir dans les organes abdominaux, ainsi que Laennec en a cité un exemple ; on les a même vu s'ouvrir dans la péricarde. Est-il besoin d'ajouter que très-souvent le kyste pleural détermine une inflammation chronique de cette membrane, inflammation qui se traduit soit par des fausses membranes, soit par un épanchement liquide.

MODES DE TERMINAISON

Un kyste intra-thoracique peut déterminer la mort et par lui-même, et par les nombreuses complications dont

il est souvent le point de départ. Il peut être éliminé et la cicatrisation du tissu pulmonaire peut s'effectuer soit d'une manière complète, soit avec quelques désordres persistants mais sans gravité, le malade est guéri. Ces deux modes de terminaison sont à peu de chose près également fréquents.

Voici la statistique de Davaine : 25 cas de mort; 15 cas de guérison. Quant à mes observations, elles me donnent 82 cas de mort et 62 cas de guérisons. Notre statistique serait donc un peu plus favorable.

Quoiqu' il en soit, nous allons indiquer séparément ces deux modes de terminaison :

1° *Kystes intra-thoraciques ayant déterminé la mort.* — La mort est loin de survenir toujours de la même manière, ses causes sont fort diverses et cette diversité montre bien que ce mode de terminaison n'est point une conséquence naturelle et forcée des kystes, mais un véritable accident lié, tantôt à l'épuisement des forces du malade, tantôt à une hémorrhagie ; plusieurs fois la disproportion qui existait entre le volume du kyste et le calibre des bronches entraîna la suffocation ; la déchirure de la plèvre et le pneumothorax ont, chez d'autres malades, occasionné une terminaison funeste qui eût peut-être été évitée si le kyste s'était dirigé vers le bronches. Des différences aussi tranchées méritent une description distincte.

1° *Mort par épuisement ou phthisie.* Il est une remarque qui, au point de vue clinique, a la plus grande importance, c'est que souvent, alors que les hémoptysies, les crachats et même les signes physiques conduisent à faire admettre l'existence d'une tuberculose, l'aspect général du malade n'est point celui d'un phthisique. Ce contraste entre la conservation d'un état général relativement convenable et la gravité des lésions organiques et fonctionnelles du poumon a pu, chez certains malades, persister presque jusqu'à la mort ; mais, à côté de ces faits, il en est

d'autres où sous l'influence de causes multiples dont les principales sont la diminution du champ de l'hématose ; les hémoptysies, la sécrétion bronchique abondante, et la fièvre, le malade s'affaiblit et s'épuise ; c'est ce que l'on a justement désigné sous le nom de phthisie hydatique. Le malade meurt épuisé, il succombe dans le marasme.

Chez le malade de Gairdner, l'amaigrissement et l'affaiblissement firent des progrès incessants, il survint de la diarrhée, et la mort fut le dernier terme de cet épuisement. Il est fort probable que ce genre de mort n'est point fort rare ; mais, dans la plupart des observations, rien n'est spécifié. Dans quelques cas on se borne à indiquer que le malade mourut épuisé, la nature de la mort est relatée seulement lorsqu'elle s'est produite d'une façon brusque, inopinée, comme cela a lieu par exemple lorsqu'elle a été la conséquence d'un accès de suffocation, d'une pneumonie, ou même d'une hémoptysie.

La suffocation peut être brusque, ou bien la respiration, sans être brusquement suspendue, peut se trouver compromise de plus en plus, au point d'entraîner en quelques jours l'asphyxie. Les accès de suffocation, souvent en rapport avec le passage à travers les voies aériennes de l'hydatide entière ou des vastes lambeaux provenant de sa déchirure, peuvent toutefois se produire en dehors de ces circonstances. Ainsi, dans le cas de Darbez, il existait tous les signes d'un vaste épanchement du côté droit de la poitrine, la malade avait des accès de suffocation, elle fut emportée au milieu d'un accès ; son poumon droit était presque complètement atrophié par un énorme kyste qui en occupait le centre, ce kyste était intact et renfermait cinq litres de liquide.

Un des exemples les plus nets de la mort par asphyxie

occasionnée par l'obstruction des voies aériennes est celui de notre malade. Vers six heures du soir, il est pris d'un accès d'étouffement ; il rejette par la bouche et le nez des lambeaux membraneux mêlés de pus ; au bout de 10 minutes il expire avec tous les signes de l'asphyxie par strangulation, congestion de la face, etc.

L'ouverture du kyste dans la plèvre a souvent été une cause de mort soit immédiate, soit à bref délai ; chez la malade de Fouquier, la mort survint 22 jours après le début du pneumothorax. La malade de Garreau succomba 2 jours après le passage de l'hydatide dans la plèvre. D'ailleurs, que ce soit d'une façon immédiate ou après un laps de temps toujours assez court, le pneumothorax doit être considéré comme un accident mortel. La mort a pu être le résultat de l'ouverture par l'hydatide d'un gros vaisseau thoracique ; cette terminaison est beaucoup plus rare qu'on aurait lieu de le craindre, lorsqu'on voit les hémoptysies, parfois si abondantes, qui ne sont point fort rares dans la maladie.

Lebert cite un cas de mort par hémorrhagie ; on trouva une large érosion d'un vaisseau de l'artère pulmonaire. Chez le malade de Habershon, les hémoptysies se succédaient coup sur coup ; à l'autopsie, on constata que la poche était occupée par un énorme caillot, une veine pulmonaire était ulcérée.

La mort a pu survenir à la suite d'autres circonstances ; par exemple sous l'influence d'une suppuration prolongée, comme cela arriva à la malade de Mac-Gillivray, à qui on avait fait l'opération de l'empyème ; à travers l'ouverture s'était écoulée une certaine quantité d'hydatides ; la plaie se ferma, mais quelque temps après, la suppuration reparaît et la malade succombe.

Enfin, il n'est pas fort rare de voir le kyste troubler la nutrition du poumon au point d'en entraîner la sphacèle ;

souvent la gangrène est très-limitée et ne peut être considérée comme la cause de la mort ; toutefois, c'est une nouvelle cause d'affaiblissement, et son influence est toujours des plus fâcheuses.

Je crois utile de faire remarquer que, parfois, la vitalité du malade se trouve fort affaiblie par la destruction du tissu pulmonaire, qui peut être presque complètement atrophié ; ainsi, le malade de Moutard-Martin avait tout un poumon envahi par un kyste ; chez plusieurs autres malades, on a rencontré des destructions pulmonaires considérables ; la mort survient par épuisement et surtout sous l'influence de la cause occasionnelle la plus légère, dont la gravité spéciale se rattache à l'état particulier du poumon.

Enfin la mort a été chez un malade d'Alibert occasionnée par l'ouverture d'un kyste pulmonaire dans le péricarde.

Nous avons vu dans quelques observations que des vésicules hydatiques se trouvent placées soit dans les divisions de l'artère pulmonaire, soit dans les veines pulmonaires; ne pourrait-on pas admettre que ces vésicules devenues libres, seront transportées à distance à la manière des embolies et entraîneront des désordres en rapport avec leur siége ; il est vrai qu'aucun fait semblable n'a été relaté.

Kystes intra-thoraciques guéris. — Lorsqu'un kyste s'est développé dans l'intérieur du thorax, le malade ne peut guérir que par son évacuation, évacuation ordinairement spontanée qui s'effectue soit par les bronches, ce qui est la règle, soit dans des cas très-exceptionnels, à travers les parois thoraciques, ou même dans les viscères abdominaux; et qui a pu être obtenue par une intervention chirurgicale.

Un autre mode de guérison, douteux, il est vrai, consiste

dans la mort de l'hydatide qui se dessèche, se flétrit et diminue de volume ; nous n'oserions affirmer la réalité de ce mode de terminaison, toutefois il existe pour le foie, l'analogie conduit donc à en admettre la possibilité pour les kystes du poumon.

De nombreuses autopsies démontrent que sur les parois de la cavité kystique se trouvent les orifices de bronches de calibres divers; le kyste n'a donc pas agi par simple refoulement, il a exercé une action érosive sur le tissu pulmonaire et sur tous ses éléments, action que nous pourrions comparer à celle produite par le tubercule; cette érosion détermine des hémoptysies, etc., elle détruit les bronches et on peut apercevoir la lumière de ces conduits qui viennent s'ouvrir dans la cavité kystique ; c'est à travers ces orifices que s'engagent les hydatides pour être expectorées. Parfois après une première expectoration, on voit tous les symptômes s'amender, et la guérison survenir avec une promptitude bien remarquable; mais ces faits ne sont pas les plus communs et il est bien plus fréquent de voir l'expectoration continuer plusieurs jours de suite, soit parce que le kyste s'est déchiré et que le rejet des membranes s'effectue d'une façon successive, soit parce que le kyste contient de nombreux kystes filles : chez quelques malades, leur nombre a été vraiment prodigieux.

D'ailleurs les cas de guérison complète après l'expulsion des hydatides sont fort nombreux. Trousseau cite le cas d'un jeune homme, malade depuis longtemps, qui rejeta pendant plusieurs jours des lambeaux d'hydatides ; au fur et à mesure de leur rejet tous les symptômes fâcheux allaient en s'améliorant, la fièvre, l'état général et même les signes physiques ; au bout de deux mois le jeune homme quitta l'hôpital entièrement guéri.

Nous pourrions en citer d'autres exemples, et résumer

en disant que l'évacuation des kystes par les bronches représente leur mode de guérison naturelle.

Rappelons, à titre de faits exceptionnels, le cas d'un malade de Laennec chez lequel un kyste pulmonaire s'ouvrit dans l'intestin, et un cas rapporté par Dupuytren, d'un kyste pulmonaire évacué par l'ombilic ; le malade de Laennec guérit, celui de Dupuytren mourut. Chez un malade de Thompson, il se forma un abcès dans les parois thoraciques entre les 6me et 7me côtes, il s'ouvrit spontanément et livra passage à plusieurs hydatides. Mais renvoyons à plus tard la question de savoir s'il convient d'ouvrir une voie au kyste à travers les parois thoraciques; nous examinerons alors les tentatives qui ont été faites dans ce but.

MARCHE.

Les kystes du poumon n'ont jamais une évolution rapide, leurs progrès sont lents et leur marche essentiellement chronique. Il est difficile de lui assigner même une durée approximative, car très-probablement les premiers temps de leur existence passent inaperçus, l'attention du malade ne se trouve éveillée que par des symptômes tels que : toux opiniâtre, dyspnée, hémoptysie, lourdeur, phénomènes probablement en rapport avec un kyste qui a déjà acquis un certain volume.

La marche du kyste est vraisemblablement graduelle et progressive, peut-être certaines circonstances peuvent-elles cependant lui donner des allures plus vives, du moins autant qu'il est possible d'en juger par l'étude des symptômes. On est donc en droit de penser qu'une maladie intercurrente, une violence extérieure, ont pu accélerer son développement ; en ceci le kyste hydatique se comporterait comme la plupart des tumeurs.

Cependant, durant les longues années pendant lesquelles

se fait l'évolution du kyste, on assiste à plusieurs alternatives d'aggravation et d'amélioration, ces alternatives sont en rapport avec le progrès du kyste lui-même, et avec les phlegmasies de voisinage, éveillées par sa présence. Toutefois, en faisant abstraction de ces poussés inflammatoires, nous distinguons la persistance et l'accumulation de plus en plus nettes des symptômes directement en rapport avec le volume du kyste, tels que dyspnée de jour en jour plus pénible, douleur constante, sensation de corps étranger dans la poitrine, extension des signes physiques.

Nous avons vu que le terme naturel de ces kystes, c'est leur ouverture dans les bronches ou dans la plèvre ; nous ne pouvons dire quel est l'âge du ver vésiculaire lorsqu'il s'élimine, il est probable que la situation du kyste, ses rapports avec les bronches, leur destruction plus ou moins rapide, sont tout autant de circonstances qui hâtent ou retardent son évacuation.

La durée des kystes est longue, elle comprend plusieurs années, le sujet ne comporte pas plus de précision.

Il est probable que les kystes pulmonaires n'ont pas une durée aussi longue que les kystes hépatiques, car la compression du poumon est plus difficilement tolérée, toutefois on a vu des personnes qui vivaient encore malgré une atrophie considérable de cet organe. Nous voyons de plus, que des accidents nombreux, accès de suffocation, hémoptysie, etc., sont autant de complications presque sans exemple dans les kystes hydatiques du foie, et qui limitent souvent la durée des hydatides du poumon.

PRONOSTIC.

Voici quels sont les éléments sur lesquels nous pouvons établir notre pronostic.

M. Davaine donnne 15 guérisons et 25 cas de mort.

Je trouve, en dépouillant mes observations, 62 cas de guérison et 82 cas de mort.

Notre statistique est plus favorable que celle de M. Davaine ; ce qui contribue beaucoup à ce résultat, ce sont les faits d'Australie, qui sont pour la plupart des observations heureusement terminées, soit d'une manière spontanée, soit à la suite de ponction. Toutefois, les chiffres que nous venons de donner suffisent pour prouver que cette maladie est fort grave, puisque les personnes qui en sont atteintes sont un peu plus exposées à en mourir qu'à guérir ; toutefois, on acceptera avec satisfaction chez un malade que l'on croyait phthisique une expectoration d'hydatides qui prouverait l'absence de la diathèse tuberculeuse, car le kyste hydatique est assurément moins grave.

C'est en Australie que nous pouvions puiser les meilleurs renseignements sur le plus ou moins de gravité que présentent ces kystes ; et cette question de pronostic a plus d'une fois intéressé les compagnies d'assurances. Faut-il refuser de prendre une assurance sur la vie d'une personne, si cette personne a souffert autrefois d'hydatides ! Si le parisite est mort, le danger n'existe plus ; toutefois sa présence indique que la personne est susceptible de contracter cette maladie ; or, il existe à cet égard une idiosyncrasie particulière, tout à fait indépendante de la force ou la faiblesse de la constitution, et qui ne se révèle que par l'existence d une première atteinte ; par conséquent, le pronostic doit être réservé. Nous ne savons quelle est la détermination que prennent dans ces cas les compagnies d'assurances.

D'ailleurs lorsqu'il faudra porter un pronostic dans un cas particulier, on devra prendre en considération plusieurs éléments : la conservation de la santé générale est un élément dont il faudra tenir un compte sérieux, car il

prouve que le territoire pulmonaire qui exerce librement ses fonctions suffit pour assurer l'hématose, il démontre qu'il n'existe pas de complication sérieuse et que les bronchites de voisinage sont superficielles et légères, enfin un individu encore vigoureux pourra soutenir sans trop de dommage, soit une hémoptysie, soit un point phlegmasique, soit des expectorations persistantes.

Lorsqu'au contraire le malade est très-affaibli, sa vie est mise en danger non-seulement par toutes les complications habituelles au kyste, mais encore la persistance et la continuité de cet état, la fièvre, les sueurs, les hémoptysies peuvent en l'absence d'irritation nouvelle, entraîner la mort.

La présence de kystes multiples doit, à tous les points de vue, être considérée comme un symptôme de fâcheux augure ; car aux entraves de l'hématose viennent se joindre les désordres fonctionnels des organes envahis par les kystes ; de plus, ils démontrent que l'individu offre un terrain très-propice à l'évolution des kystes et qu'en conséquence l'expulsion de l'un d'eux n'est point la guérison.

Les kystes peuvent encore se présenter sous deux aspects très-différents ; nous voyons en effet, plusieurs cas dans lesquels l'expectoration a été unique ou bien, pendant quelques jours le malade a rendu des lambeaux membraneux, puis cette expulsion terminée, il a très-rapidement repris ses forces ; la guérison était assurée.

Dans d'autres cas, les choses se passent d'une manière toute différente : ainsi Thompson a observé un malade qui pendant plusieurs semaines expectora des hydatides grosses comme des grains de raisin.

M. Roger cite l'exemple d'un malade qui, à plusieurs reprises, rendait des quantités considérables d'hydatides et, malgré ces évacuations réitérées, les symptômes physiques, au lieu d'annoncer une diminution de la masse mor-

bide, en révélaient au contraire la proportion chaque jour croissante; il en conclut que le malade était atteint de plusieurs kystes ou d'un kyste multiloculaire et il fait observer avec raison que cette disposition est importante à signaler au point de vue du pronostic et du traitement. Nous le pensons aussi, nous croyons qu'il convient de distinguer deux ordres de kystes, les kystes uniques ou stériles et les kystes à prolifération multiple, c'est-à-dire qui produisent plusieurs petites vésicules hydatiques, désignées sous le nom de kystes filles. Cette distinction est utile à établir au point de vue du pronostic, car il est évident que dans les cas de kystes solitaires la guérison est bien plus probable, l'évacuation du kyste peut être suivie d'une réparation complète; dans les cas de kystes à vésicules multiples, la solution n'est jamais définitive. Peut-être le pronostic diffère-t-il dans ce cas, même au point de vue du traitement; en effet on conçoit qu'une simple ponction puisse faire périr l'hydatide et amener la guérison lorsqu'elle est solitaire; au contraire, si la poche renferme de nombreuses vésicules, la ponction ne saurait amener un résultat semblable qu'à la condition de les détruire successivement, chose plus difficile; de plus, les kystes multiples sont exposés d'une manière toute spéciale à voir une inflammation avec suppuration s'emparer de la poche (Frerichs).

Peut-être la ponction pourra-t-elle fournir par elle-même des renseignements sur le point qui nous occupe; en effet, si le kyste est unique, la ponction en détermine l'évacuation complète; s'il est multiloculaire, il ne s'écoulera que peu de liquide et on continuera à percevoir sur un large espace les symptômes de la tumeur.

4° Les hémoptysies sont fort habituelles et n'entraînent que rarement par elles-mêmes un pronostic fâcheux, on a même vu des malades qui loin de s'en effrayer, éprouvaient

un sentiment de soulagement après le crachement sanguin (Federici); toutefois on a vu le sang se creuser des foyers dans le tissu pulmonaire et déterminer des phénomènes d'apoplexie pulmonaire (Baron); dans d'autres circonstances l'hémoptysie est fort abondante, le sang est rendu à flots, et pourtant il est rare que le malade ait succombé à ce phénomène ;

5° Les dangers les plus grands auxquels se trouvent exposés ces malades sont la suffocation occasionnée par l'obstruction des bronches au moment où le kyste s'élimine, la perforation de la plèvre et la formation d'un pneumothorax ; cette complication est presque fatalement mortelle. La dépression et l'anéantissement des forces suivent d'une façon progressive l'intervention d'une phlegmasie aiguë du tissu pulmonaire, ou ce qui est plus fréquent d'une gangrène plus ou moins étendue, et la suppuration du kyste lui-même avec fièvre hectique, etc.

Au contraire, la circonstance la plus favorable, c'est l'expectoration complète du kyste ; c'est souvent le point de départ de la guérison, bien que, dans plusieurs circonstances, ces expectorations se renouvelant à plusieurs reprises aient pu entraîner la mort.

Le siége du kyste dans le poumon ou dans la plèvre a-t-il une certaine influence sur le pronostic. En un mot, le kyste est-il plus grave lorsqu'il siége dans la plèvre ou dans le poumon ? Si le kyste est abandonné à lui-même, il paraît offrir les mêmes degrés de gravité dans les deux cas.

Mais nous jugeons les kystes de la plèvre beaucoup moins sérieux que les kystes pulmonaires, parce que leur situation les dispose très-favorablement à l'action thérapeutique. Ainsi, chez le malade de Vigla (kyste de la plèvre) la guérison fut obtenue par l'intervention chirurgicale; même fait a été observé par Southey, par Moutard-Martin, etc.

DIAGNOSTIC.

Dans l'immense majorité des cas, pendant toute la période qui précède leur évacuation, les kystes pulmonaires sont pris, suivant leur siége, soit pour les tubercules, soit pour un épanchement pleurétique; la grande ressemblance que présentent les manifestations de ces deux maladies et, d'un autre côté, l'extrême rareté des kystes hydatiques, expliquent parfaitement cette confusion. Aussi, un des points les plus importants de l'étude de ces kystes consiste dans la comparaison de leurs symptômes avec ceux de la tuberculose et de la pleurésie, et dans la recherche des caractères qui peuvent les distinguer. Lorsque l'hydatide a été expectorée, le diagnostic n'offre plus de difficulté, et bien rarement l'expectoration passera inaperçue, car elle s'accompagne de particularités qui frappent vivement l'esprit des malades.

Un kyste hydatique développé dans l'intérieur du poumon peut déterminer des désordres physiques et fonctionnels à peu près semblables à ceux qu'engendrent les dépôts tuberculeux; dans les deux cas, il peut y avoir et il y aura de la toux et des hémoptysies, de l'amaigrissement et de la fièvre; de la submatité, un affaiblissement des bruits respiratoires et leur altération par des bruits anormaux; dans les deux cas, on peut même observer la déformation particulière des doigts; ce n'est donc pas par des caractères spéciaux à l'une ou à l'autre maladie que la distinction peut être établie, mais bien par les nuances diverses offertes par ces symptômes, par leur marche différente, leur union et leur dissemblance; enfin, par la physionomie générale du malade.

Voici quels sont les éléments sur lesquels nous pouvons, dans certains cas, nous appuyer pour arriver à des proba-

bilités, car nous reconnaissons volontiers qu'avant l'expectoration il est difficile d'établir un diagnostic.

Prenons les cas les plus difficiles. Le kyste occupe le sommet du poumon, il n'existe pas dans d'autres organes de tumeurs de même nature. Nous ferons remarquer : 1° Que les personnes atteintes de tuberculisation pulmonaire ont souvent dans leurs antécédents héréditaires des conditions qui expliquent le développement de cette maladie ; à défaut de leurs ascendants, on voit souvent leurs frères ou leurs sœurs offrir des manifestations semblables ; très-souvent, pendant leur enfance, ils ont été atteints de quelques-unes des lésions propres à la scrofule ou au lymphatisme ; ils s'enrhument avec facilité et les rhumes présentent souvent chez eux une opiniâtreté toute spéciale ; ou enfin, en l'absence de ces conditions, l'explosion des tubercules se trouve parfois expliquée, soit par des excès de toute nature, des privations, l'insalubrité du logement, en un mot par une foule de conditions débilitantes.

Je veux bien que, par hasard, le kyste vienne à se développer chez un individu qui présente quelques-unes des conditions que nous venons d'énumérer, mais ce sera, on nous l'accordera, une circonstance toute fortuite, et comme, en somme, le nombre des gens bien portants est beaucoup plus nombreux, il en résulte qu'habituellement nous ne trouvons, ni dans les antécédents héréditaires, ni dans la jeunesse, ni chez l'individu atteint de kyste, aucun des phénomènes habituels de la tuberculose.

2° Les tubercules se développent habituellement de 20 à 30 ans, mais outre que cette règle présente de fort nombreuses exceptions, nous voyons que les kystes hydatiques sont rares dans la vieillesse, qu'ils sont aussi très-exceptionnels dans l'enfance. Le kyste se développe communément de 20 à 40 ans, c'est du moins le résultat de nos

moyennes ; ainsi l'âge ne nous fournit aucune indication spéciale.

3° Je crois que l'aspect général est un des symptômes différentiels les plus importants et qu'en présence d'un malade atteint de kyste hydatique, et offrant la plupart des phénomènes thoraciques de la tuberculose, on sera frappé du contraste qui existe entre son aspect relativement assez bon et la gravité des désordres organiques. C'est une chose remarquable que cette conservation de l'état général ; peu de temps avant la mort, notre malade, au lieu d'être amaigri et affaissé comme le sont les phthisiques, avait conservé une physionomie si peu habituelle dans le cours de la tuberculose, qu'elle avait frappé notre attention. Nous retrouvons ce fait signalé dans plusieurs observations.

Faut-il l'expliquer par cette circonstance que le kyste n'exerce, par lui-même, aucune influence fâcheuse sur l'organisme, qu'il se borne à entraver le fonctionnement du poumon, tandis que le tubercule, outre les désordres organiques qu'il imprime au poumon, est en outre l'expression d'un mauvais état général préexistant.

Quoi qu'il en soit, nous pensons qu'il convient d'attribuer une grande valeur à la conservation de l'état général.

Plusieurs de nos malades, surtout celui que nous vîmes à Royat avec M. Tessier, et celui de l'Hôtel-Dieu, se sont plaints plusieurs fois d'une faiblesse, d'un anéantissement extrême, survenant sans cause appréciable et contrastant avec la conservation de leur état général et le développement de leur système musculaire ; cette sensation de faiblesse est-elle aussi marquée au début de la phthisie, le malade appellera-t-il sur elle votre attention, comme il a fait dans les deux observations que nous rapportons ? Nous ne le croyons pas ; nous rapprocherions plus volon-

tiers cette faiblesse de l'anéantissement que présentent les malades atteints de la maladie d'Addison.

Nous croyons aussi que l'amaigrissement est moins marqué dans le cas de kyste que chez les phthisiques. De plus, tandis que chez les tuberculeux les phénomènes dyspeptiques sont à peu près constants, du moins à une certaine période de la maladie et souvent même très-rapidement, il existe chez eux de la diarrhée, des ulcérations buccales, une diminution de l'appétit, des nausées, des vomissements et même des fistules à l'anus ; nous n'observons rien de semblable chez les malades atteints de kystes, les fonctions digestives sont au contraire assez bien conservés, ils ont rarement de la diarrhée, et leur appétit reste convenable. Enfin, tandis que chez les tuberculeux le larynx se trouve habituellement envahi et que les altérations de la voix sont fréquentes, elle ne se produisent pas dans le cours des kystes hydatiques.

La tuberculose n'a pas une marche régulière, c'est vrai, elle peut procéder par poussées successives et persister pendant plusieurs années. Cependant elle suit une progression qui n'offre ni les intermittences, ni les améliorations qui surviennent chez les gens atteints de kystes ; chez quelques malades on a vu la santé revenir pendant un temps assez long et d'une façon presque complète, pour s'altérer plus tard lorsque le kyste reprenait sa marche progressive, ou encore lorsqu'un nouveau kyste venait à entrer en scène.

L'expectoration peut-elle offrir des différences ?

Elle se montre plus tardivement et présente des alternatives telles qu'elle peut redevenir simplement spumeuse après avoir offert un aspect purulent. Ces changements ont pu se reproduire plusieurs fois, ils sont plus rares chez les tuberculeux.

L'oppression et l'anxiété respiratoire sont des phéno-

mènes constants et communs aux deux maladies, toutefois ils nous paraissent beaucoup plus prononcés dans les cas de kystes, et de plus, chez ces malades, il existe des alternances très-remarquables ; après quelques journées très-mauvaises et qui font craindre une issue funeste, on voit les phénomènes pénibles s'effacer presque complètement ; il y a tout lieu de croire que ces exacerbations sont en rapport avec quelques complications du côté des bronches et que l'état de gêne dans lequel se trouve le poumon doit s'exaspérer d'une façon énorme par le fait de la bronchite.

Les gens atteints de tubercules seraient au début moins oppressés, la respiration serait moins gênée, de plus elle n'offrirait pas des exacerbations aussi fréquentes et aussi prononcées.

La douleur présente dans son siége et dans son degré quelques différences dans les deux maladies ; on sait que l'évolution tuberculeuse n'est que peu douloureuse. Je veux bien que dans les cas si fréquents de pleurésie concomitante le malade éprouve une douleur assez aiguë, mais elle sera passagère ; il survient aussi des douleurs vagues, des points de côté, tantôt dans une région, tantôt dans une autre, douleurs se rattachant souvent à l'existence de quelques névralgies intercostales. Dans les cas de kystes au contraire, la douleur serait à peu près constante, elle occuperait précisément le siége du kyste, serait fixée dans ce point, avec quelques irradiations et sans mobilité ; de plus, au lieu de présenter l'acuité de la douleur pleurétique, la position superficielle et les points spéciaux aux névralgies intercostales, elle consiste plutôt en un sentiment de gêne, de compression, de lourdeur, etc. Federici donne ces caractères comme étant nettement tranchés, peut-être pourtant y a-t-il un peu d'exagération à accentuer ainsi cette différence.

Les hémoptysies sont fréquentes dans les deux mala-

dies, mais elles diffèrent dans l'époque de leur apparition et dans leurs caractères. Ainsi, chez les tuberculeux, l'hémoptysie est un symptôme du début, elle est parfois le premier phénomène appréciable, elle est dès le commencement constituée par une quantité souvent très-abondante d'un sang rouge, spumeux, vermeil, mais à mesure que la maladie avance, les crachements de sang deviennent de plus en plus rares. L'hémoptysie, très-fréquente chez les gens atteints de kystes hydatiques, se présente avec des caractères totalement différents; au début elle est peu abondante, souvent le malade ne rejette que quelques crachats sanglants; ou bien si l'hémoptysie est de prime abord considérable, c'est qu'elle accompagne ou précède l'expectoration du kyste. D'ordinaire les hémoptysies ne déviennent abondantes qu'à une époque plus avancée de la maladie; de plus, le sang est souvent noir, spumeux, et parfois, au lieu d'être rendu à la suite de quintes de toux, il afflue en grande abondance dans la bouche, et il est rejeté par un simple mouvement d'expuition.

La fièvre et les sueurs nocturnes ont été signalées dans plusieurs observations de kystes pulmonaires, mais assez rarement, et elles sont loin, en tout cas, d'offrir le degré de fréquence qu'elles présentent chez les gens atteints de tubercules à la période de ramollissement.

Tels sont à peu près les éléments d'un diagnostic différentiel s'appuyant sur les symptômes rationnels; nous allons rechercher dans la comparaison des altérations physiques que présentent les deux maladies, de nouveaux caractères distinctifs.

Le siége du kyste est rarement celui qu'affectionnent les tubercules, ceux-ci sont presque sans exception limités au sommet du thorax; il est fort rare qu'il en soit ainsi pour le kyste, mais enfin c'est à la rigueur possible et nous en avons recueilli même plusieurs exemples; voici où com-

mencent les différences plus tranchées : les tubercules restent bien rarement limités à un seul côté, presque toujours le côté opposé offre au bout de peu de temps des indices certains d'une évolution semblable ; or, dans les cas de kystes, il faudrait admettre, supposition bien invraisemblable, qu'une tumeur de même nature s'est formée au sommet de l'autre poumon ; je ne pense pas que semblable fait ait été jamais observé ; de telle sorte que la localisation persistante et la longue durée des symptômes dans un des sommets et l'intégrité absolue du côté opposé serait une circonstance à signaler dans le diagnostic différentiel de ces deux maladies.

Chez les tuberculeux, les régions sus et sous-claviculaires se dépriment très-rapidement ; dans les cas de kyste, non-seulement elles n'ont aucune raison pour s'affaisser, mais encore elles peuvent présenter souvent une légère dilatation ou même une voussure comparable à celle qui existe chez les emphysémateux.

La matité peut-elle offrir quelques nuances dans les deux cas ? Au début de la tuberculose, le son peut être tympanique et les modifications de la sonorité se trouvent toujours placées dans les fosses sus et sous-claviculaires et dans les régions sus-épineuses ; lorsqu'il existe un kyste, il est fort douteux que la percussion détermine une sonorité tympanique ; de plus, les limites de la matité seront toujours parfaitement tranchées, et elles pourront respecter les points les plus élevés du poumon, ce qui n'a guère lieu dans la tuberculose.

Chez notre malade, il y avait matité absolue au-dessous de la clavicule, et cette matité s'étendait jusque vers la moitié du sternum ; tandis qu'en arrière, dans les fosses sus et sous-épineuses, le son était plus élevé et tympanique ; or, le lobe supérieur, à un centimètre de sa surface

antérieure, était creusé par le kyste. Il faut donc admettre que la matité antérieure était directement en rapport avec la présence du kyste, tandis qu'en arrière, la tonalité élevée était déterminée par l'accumulation de l'air et sa compression dans le tissu pulmonaire.

Peut-être le mode de vibration des parois thoraciques pourrait-il offrir des nuances plus accentuées, du moins, au point de vue théorique, il doit en être ainsi ; lorsque le tissu pulmonaire est induré par l'infiltration tuberculeuse, les vibrations de la voix se transmettent avec plus de netteté aux parois du thorax, il y a exagération des vibrations vocales ; au contraire, dans les cas de kyste, il doit y avoir diminution des vibrations thoraciques ; c'est par exemple ce qui existait chez notre malade.

Les phénomènes d'auscultation pourront dans certains cas offrir des nuances très-accentuées, dans d'autres, des nuances inappréciables ; cette grande diversité se rattache à la situation du kyste ; s'il occupe la surface du poumon, il y aura à son niveau silence absolu, absence complète de tout bruit normal ou pathologique ; sur son pourtour on pourra entendre du souffle qui se rattachera à la compression du tissu pulmonaire par le kyste, et des râles nombreux et divers en rapport avec la coexistence d'une bronchite développée sur le pourtour du kyste. Mais, si, au lieu d'être absolument superficiel, le kyste se trouve séparé de l'oreille de l'observateur par une lame de tissu pulmonaire encore perméable, il se passera à ce niveau des bruits de souffle, des râles à peu près semblables à ceux des tubercules. Nous pouvons donc avancer que, si le kyste est superficiel, le silence absolu permettra de le distinguer des tubercules, mais, hors ce cas, les symptômes stéthoscopiques seront à peu près semblables.

M. Bird a avancé que, très-souvent, la limite du kyste pouvait être nettement tracée, par ce fait que, sur son

pourtour, la respiration s'entendait avec toute sa pureté, sans mélange de râles ou du souffle.

Malgré l'accumulation d'un aussi grand nombre de caractères différentiels, il faut bien reconnaître que le diagnostic peut être difficile, non-seulement parce que la rareté du kyste éloigne d'eux l'attention, mais encore parce qu'une foule de circonstances peuvent modifier de diverses manières les symptômes de la tuberculose et ceux du kyste, et que ces deux maladies peuvent coexister; que, même, chez un individu prédisposé, la compression du tissu pulmonaire favorise et hâte l'explosion des tubercules.

Ce que nous disons s'applique seulement aux kystes développés dans le sommet du poumon, ce qui est en somme l'exception ; lorsqu'il s'est formé dans une autre partie de l'organe, le diagnostic offre bien moins de difficultés, et la réunion d'un certain nombre des caractères que nous avons exposés pourra suffire à l'établir d'une manière à peu près certaine.

Dans ces cas, ce ne sera point avec la tuberculose qu'on pourra commettre une erreur, ce sera plutôt avec une pneumonie caséeuse ; toutefois, le début des accidents est bien différent, lent, graduel et progressif dans les kystes, assez brusque et à allures vives dans la pneumonie ; dans le kyste, les accidents suivent une marche croissante; dans l'infiltration caséeuse, la période initiale est aiguë, puis les symptômes se calment sans disparaître, pour entraîner, après un laps de temps variable, des désordres considérables. L'hémoptysie est aussi rare dans la pneumonie caséeuse qu'elle est habituelle dans les kystes. La voussure appartient en propre aux kystes; enfin l'affaiblissement, la fièvre, les sueurs nocturnes sont bien plus rapides et plus prononcées dans la pneumonie chronique.

Diagnostic différentiel entre les kystes pulmonaires et les épanchements pleurétiques.

Les kystes pulmonaires ont souvent, par irritation de voisinage, déterminé des pleurésies ; nous en trouvons la preuve dans les adhérences pleurales si communes sur leur pourtour. Mais en faisant abstraction de l'existence réelle d'une lésion pleurale, nous voyons que, plusieurs fois, les kystes pulmonaires ont présenté des symptômes fort semblables à ceux des pleurésies enkystées. Nous parlons des pleurésies qui se trouveraient localisées dans un point quelconque de la cavité pleurale, surtout hors de leur base ; ces pleurésies sont fort rares, mais elles pourraient donner lieu à la plupart des phénomènes qui appartiennent aux kystes, il y aurait dans les deux cas voussure et même saillie globuleuse ; pourtant elles offrent quelques-uns des caractères différentiels que nous allons signaler dans l'épanchement pleurétique ordinaire.

Un kyste diffère d'un épanchement pleurétique ordinaire : 1° par son mode de début ; très-souvent la pleurésie débute par des frissons, une douleur de côté et de la fièvre, puis tout se calme et l'épanchement persiste ; le kyste, au contraire, se développe lentement, la gène est progressive, les entraves qu'il apporte au jeu du poumon deviennent de jour en jour plus sérieuses, le sentiment de pesanteur s'accentue de plus en plus.

L'hémoptysie est la règle dans le kyste; pulmonaire elle ne s'observe point dans l'épanchement pleural. Celui-ci, obéissant à l'action de la pesanteur, s'accumule dans les points déclives et présente une courbe à convexité supérieure, plus élevée vers le rachis qu'en avant ; rien de semblable dans le kyste, dont les contours peuvent revêtir toutes sortes de formes. Parfois, surtout au début, il est possible

de modifier la position du liquide épanché dans la plèvre, la matité du kyste est absolument fixe.

La dilatation du thorax offre assez d'uniformité lorsqu'elle se rattache à l'existence d'un épanchement ; elle présente une forme plus globuleuse au niveau d'un kyste.

De plus, la matité de la pleurésie présente souvent deux zones distinctes; vers la partie inférieure, elle est absolue, mais un peu plus haut, une simple zone liquide étant venue s'interposer entre le poumon et la paroi thoracique, en ce point la percussion donne souvent un son tympanique ; au contraire, la matité du kyste est bien nette et ne présente pas au niveau de ses limites les transitions que nous venons de signaler.

« L'absence complète de tout bruit respiratoire, d'égophonie ou de bronchophonie, avec une matité correspondante à la percussion, est probablement un signe pathognomonique de l'hydatide intra-thoracique. » (Davaine.)

Cette proposition nous semble contestable, car combien d'épanchements pleurétiques ont offert précisément ces caractères.

La dyspnée présente également des différences ; elle est de prime abord assez prononcée dans le cas d'épanchement, mais elle se calme rapidement ; au contraire, la dyspnée qui se rattache à un kyste progresse comme lui.

La matité d'un kyste peut dépasser la ligne médiane du thorax, tandis qu'un liquide épanché dans la plèvre se trouvera limité par le cul-de-sac antérieur de cette membrane, et ne dépassera pas la ligne médiane.

Un épanchement pleurétique produit souvent du souffle bronchique et de l'égophonie, phénomènes stéthoscopiques, beaucoup plus rares dans les kystes hydatiques. La marche

d'une pleurésie est plus rapide, l'état général moins longtemps conservé que dans les kystes hydatiques.

Diagnostic du kyste pulmonaire et des tumeurs de nature diverses pouvant se développer dans l'intérieur du thorax.

Un cancer du poumon ou du médiastin pourrait-il être pris pour une tumeur hydatique ? Les entraves apportées aux fonctions du poumon, les phénomènes physiques seront à peu près les mêmes, du moins pendant une certaine période ; toutefois, nous nous appuyons, pour établir ce diagnostic, sur trois éléments qui appartiennent spécialement au cancer ; la douleur du cancer est plus vive que celle du kyste, elle s'accompagne d'élancements presque inconnus dans le dernier cas ; le cancer détermine fort souvent une dilatation très-accentuée des veines des parois thoraciques ; semblable fait est très-rare pour les kystes. De plus, le cancer étant une masse solide, présente les meilleures conditions à la transmission des vibrations vocales qui seront exagérées à son niveau ; au contraire, le kyste étant liquide, les vibrations seront diminuées dans le point du thorax qui lui correspond, le cancer a une marche rapide et il détermine un état cachectique ; ces phénomènes sont assez distincts de ceux qui appartiennent au kyste pour permettre d'éviter toute erreur.

Un anévrysme de l'aorte n'offre que peu de caractères communs avec un kyste hydatique ; aussi nous suffira-t-il d'indiquer quelques-uns des traits qui les distinguent. Nous ne parlerons pas des anévrysmes ayant déjà déterminé une altération des parois thoraciques et une voussure, les battements, les bruits du souffle et la déformation elle-même sont caractéristiques ; mais lorsque l'anévrysme est encore à ses débuts, la distinction sera établie par le siége de la matité sur la partie droite du

thorax, par l'existence d'un double bruit du souffle, par l'affaiblissement général du pouls, etc.

Les tumeurs du médiastin sont fort rares ; chez les enfants, on a quelquefois observé une infiltration tuberculeuse ou caséeuse des ganglions bronchiques qui leur a donné de très-grandes dimensions ; chez les adultes, ces tumeurs sont encore plus rares (nous ne parlons pas, bien entendu, des simples adénites si communes chez les tuberculeux). D'un autre côté, les kystes du médiastin sont excessivement rares, car nous n'en avons rencontré que deux ou trois observations. Or, le diagnostic serait à peu près impossible, car le kyste détermine des symptômes de compression absolument semblables à ceux engendrés par une autre tumeur, quelle qu'en soit la nature. Ce seront des accès de suffocation, de dypsnée intense, affaiblissement du bruit respiratoire, râles ronflants, perte de la voix, etc.

Il peut être utile de comparer les kystes développés à la base du poumon droit et les kystes du foie ; ils offrent plusieurs points de ressemblance; cette comparaison doit être faite dans deux états différents : avant l'ouverture du kyste et après son ouverture.

Avant l'ouverture du kyste.

1° kyste du foie.	Kyste intra-thoracique.
Pas d'hémoptysie.	L'hémoptysie est un phénomène habituel.
La fluctuation et le frémissement hydatique ont été souvent constatés.	Ces phénomènes sont presque sans exemple dans les kystes intra-thoraciques.
La matité se continue sans ligne de démarcation du bord inférieur du foie jusque vers la partie supérieure du kyste, dont la limite a une forme conique et n'occupe pas toute la largeur de la poitrine.	Si le kyste n'était pas absolument situé au niveau de la base du poumon, il se pourrait qu'une zone légèrement sonore vînt le séparer de la matité hépatique.
Lorsque le kyste est développé	Les kystes intra-thoraciques ont,

dans le foie, cet organe se trouve toujours plus ou moins abaissé, parfois d'un manière très-notable.

Le creux épigastrique est soulevé, le relief des dernières côtes effacé.

Enfin les kystes du foie peuvent déterminer un peu de dyspepsie, des épistaxis, un sentiment de plénitude épigastrique, la difficulté de supporter des ceintures, quelquefois même un peu d'œdème et d'ictère.

au contraire, beaucoup de facilité à s'élever dans l'intérieur du thorax, aussi n'abaissent-ils que fort rarement le foie.

La dyspepsie, les épistaxis, la plénitude de la région épigastrique et l'ictère ne s'observent que bien rarement dans les kystes intra-thoraciques; l'hypochondre et le flanc droit ne présentent point le relief qu'ils peuvent offrir dans certains kystes hépatiques.

Après l'ouverture du kyste.

Lorsqu'un kyste hépatique perfore le diaphragme et s'ouvre dans les bronches, les crachats sont remarquables par la présence de la bile reconnaissable à sa couleur et à ses réactions chimiques.

Les signes de caverne auraient été parfois observés à la suite de l'ouverture des kystes du foie dans les bronches; ce fait nous semble assez difficile à comprendre, car la cavité hépatique se trouvant placée en dehors du thorax, l'air ne saurait y arriver pendant l'inspiration.

Un kyste intra-thoracique s'ouvrant dans les bronches ne saurait jamais offrir les caractères précédents.

Nous pensons que, si après l'ouverture du kyste, on perçoit à l'auscultation de la partie inférieure du thorax des signes de caverne, il y a lieu de croire que le kyste occupait la cavité thoracique.

Les phénomènes qui ont présidé à la formation d'un abcès ultra-pulmonaire sont souvent assez tranchés pour permettre de ne point les confondre avec un kyste hydatique.

Kyste de la rate. — Bien que l'on ait observé un kyste de la rate qui s'éleva vers le thorax au point de faire croire à l'existence d'une tumeur intra-thoracique (Rambaud. Bull. de la Société anatomique 1854), en général ces kystes

aulieu de soulever le diaphragme, descendront plutôt dans la cavité abdominale.

ÉTIOLOGIE.

Sans entrer dans de grands détails au sujet de l'étiologie, nous pouvons cependant faire une remarque importante; il est deux pays dans lesquels les kystes hydatiques règnent d'une manière endémique, ces pays sont l'Islande et l'Australie. Quel est le motif de la fréquence extrême de la maladie dans ces régions, de leur rareté en Europe? Les médecins d'Australie et d'Islande croient pouvoir attribuer la fréquence des hydatides au nombre considérable de chiens, à leur fréquentation continuelle avec l'homme dont ils partagent la demeure et qu'ils servent parfois à nourrir.

Or, les chiens seraient exposés au développement d'un tænia, désigné sous le nom de tænia-échinococus; les œufs de ce tænia sont rendus avec les excréments; ces œufs ont une grande vitalité, ils résistent aisément à l'action des influences atmosphériques, ils se mêlent à l'eau, s'incrustent sur les végétaux et c'est grâce à ces véhicules qu'ils sont avalés par l'homme. L'enveloppe de l'œuf se détruit sous l'influence du suc gastrique et l'embryon hexacante se trouve ainsi mis en liberté; grâce à ses crochets acérés et à ses faibles dimensions qui ne dépassent pas celle d'un globule sanguin, il s'insinue à travers les divers tissus et s'arrête dans tel ou tel viscère obéissant à des lois qui nous sont inconnues; lorsqu'il s'est fixé dans un point, il subit ses diverses transformations. Si ces théories sont vraies, on s'explique parfaitement la fréquence de cette maladie en Islande et en Australie.

En effet, dans le district de Sandhurst (Australie) qui est surtout composé d'une population de mineurs, chaque

mineur possède un ou plusieurs chiens, aussi ces animaux sont-ils tellement nombreux que pendant quatre ans on en détruisait annuellement plus de 1,700. De plus, ce pays souffre de la sécheresse, ce qui rend les habitants peu délicats dans le choix de leurs boissons, et les expose à boire de l'eau dans laquelle se trouvent des œufs de tænia; aussi la maladie est-elle très-fréquente chez les mineurs et rare chez les gens aisés.

Lebert cite un fait qui viendrait à l'appui de cette proposition; il a remarqué qu'à Breslau les kystes hydatiques étaient beaucoup plus connus qu'en Suisse ou en France; or, précisément à Breslau, les chiens sont très-nombreux, et une certaine classe de la population se trouve réduite à se nourrir de leur chair.

Il est infinement probable qu'habituellement les œufs ne font que traverser les voies digestives de l'homme, ou bien qu'ils s'y détruisent et que c'est accidentellement qu'ils s'arrêtent dans notre organisme.

La brebis paraît être un terrain bien plus convenable à leur évolution, aussi voyons-nous en Australie et en Islande un grand nombre de ces animaux atteints de kystes hydatiques.

La chair du mouton renfermant des échinococus peut-elle déterminer directement la maladie chez l'homme, c'est une opinion généralement répandue en Australie, mais sans fondement suivant les auteurs qui se sont spécialement occupés de cette question.

Enfin, il est encore une question qui peut n'être point déplacée dans un article consacré à l'étiologie, elle est relative à ces kystes se généralisant dans la plupart des viscères, se multipliant presque à l'infini dans les lieux qu'ils ont choisis et que l'on a désignés sous le nom de kystes multiloculaires ou alvéolaires.

D'après Kuhn, chez l'homme la génération du kyste est

endogène, c'est-à-dire que la reproduction s'effectue chez lui par des bourgeons qui naissent sur sa surface interne, tandis qu'au contraire, chez les animaux la génération est habituellement exogène, c'est-à-dire que les bourgeons se développent sur la surface externe du kyste ; ce serait là une différence considérable entre les kystes hydatiques chez l'homme et chez les animaux, mais cette loi ne présente-t-elle pas des exceptions ; ainsi, chez l'homme, le kyste ne peut-il offrir la génération exogène, et produire ainsi les kystes alvéolaires ?

Quelles peuvent être l'influence des professions, de l'âge, et des sexes ?

En général les hydatides se sont montrées dans les classes pauvres, en Australie chez les mineurs et les bergers, en Europe les cas sont trop rares pour que l'on puisse accorder une influence quelconque à la profession.

Relativement à l'âge, on a observé des hydatides à tout âge, à partir de 5 ans jusqu'à 71 ; tels sont les deux extrêmes, toutefois la maladie est plus fréquente de 20 à 40 ans.

Suivant nos observations, les kystes hydatiques du poumon sont plus fréquents chez l'homme que chez la femme.

TRAITEMENT DES KYSTES HYDATIQUES.

Le traitement des kystes hydatiques présente trois indications principales ; voici comment nous pourrions les résumer.

1° *Traitement médical.* — Sous ce titre, nous exposerons les tentatives diverses par lesquelles on a voulu attaquer le ver vésiculaire dans sa vitalité et sa nutrition. Nous examinerons les divers agents de la matière médicale auxquels on a eu recours dans ce but, tentatives qui ont eu

des fortunes variées, mais en somme peu encourageantes.

Peut-être pourrions-nous ranger dans ce paragraphe, sous le titre de Traitement prophylactique, les quelques mesures hygiéniques par lesquelles on pourrait se prémunir contre l'invasion des hydatides. Vu la rareté de cette maladie en Europe, ces indications prophylactiques n'ont pas une grande importance pratique, mais elles peuvent en présenter dans les régions qui, comme l'Australie et l'Islande, offrent une grande généralisation de cette maladie ;

2₀ *Traitement chirurgical.* — Son importance est tout autre et fort supérieure à la précédente. C'est à ce mode de traitement que l'on doit certaines guérisons promptement obtenues.

3° Il convient encore de réserver un paragraphe spécial au traitement des complications habituelles aux kystes pulmonaires.

Prophylaxie. — Voici ce qu'en dit Davaine : « En l'absence de connaissances positives sur le mode de transmission des hydatides et sur les circonstances qui favorisent leur développement dans l'espèce humaine, on ne peut établir les indications prophylactiques de ces affections. »

Nous avous vu dans l'étiologie quelles sont les idées généralement acceptées aujourd'hui sur la genèse et la généralisation des hydatides. En nous appuyant sur ces données étiologiques nous voyons que le seul traitement prophylactique, consisterait à détruire les chiens ou du moins à prendre les plus scrupuleuses précautions relativement aux eaux qui sont employées comme boisson.

Traitement médical. — Le premier des agents auxquels on a eu recours ; c'est le mercure on le conçoit aisément, vu les propriétés antiparasitaires de ce métal. Baumès a fait connaître quelques observations dans lesquelles le

proto-chlorure de mercure avait été employé avec une certaine efficacité. Mais ces faits ne se sont point confirmés et le mercure est aujourd'hui complètement abandonné. On a cherché aussi à employer la térébenthine, toujours en s'appuyant sur ses propriétés antiparasitaires; mais dans les cas où elle a été utile, elle l'a été surtout en améliorant les phénomènes phlegmasiques qui accompagnaient les kystes, et, à ce titre, elle a pu rendre quelques services que l'on aurait, je pense, retiré de l'administration d'une substance balsamique quelconque.

Laënnec se fondant sur cette observation assez curieuse que les moutons qui paissent dans des près salés sont exempts d'hydatides, tandis que la plupart des animaux de cette espèce en sont atteints, avança que le chlorure de sodium devrait être employé chez l'homme ; il l'administrait à la fois sous forme de bains et à l'intérieur, et pensait en avoir obtenu de bons résultats : chez un malade c'est une tumeur qui diminue, chez un autre c'est un kyste qui se vide, etc. Quoi qu'il en soit, ce médicament n'a pas plus que les précédents justifié les espérances qu'il avait pu donner lors des premiers essais de Laënnec.

L'iodure de potassium n'a pas plus d'influence que le chlorure de sodium, malgré l'opinion d'Hawkins et quelques autres médecins anglais ; nous n'insistons pas.

M. Bird ne croit pas beaucoup à l'efficacité du traitement médical ; il pense cependant que le bromure de potassium peut avoir une certaine influence sur le kyste et pourra peut-être déterminer sa mort, cependant elle n'atteindra jamais ce résultat chez un kyste vigoureux. Si la vitalité du kyste avait été affaiblie par une ponction, c'est alors surtout, d'après Bird, que le bromure de potassium pourrait être employé avec avantage ; il hâterait ou achèverait la mort du kyste dont la vitalité se trouve compromise. Il préconise aussi dans cette circonstance l'usage du kamala,

qui a été surtout employé par Hjaltelin, d'Islande, cependant M. Mac Gillivray, d'Australie, l'a administré sans succès. En somme, le kamala paraît avoir le même sort que les autres médicaments vantés au moment de leur apparition, surtout par ceux qui les ont employés les premiers, peu à peu, parfois même très-rapidement reconnus inefficaces.

Quelques médecins, afin d'agir plus directement sur l'hydatide pulmonaire ont proposé, au lieu d'administrer le médicament à l'intérieur, de le donner sous forme de pulvérisation, on s'est surtout servi de l'iode, de camphre, de santonine, etc.

En résumé, le traitement médical dirigé contre la vitalité des kystes hydatiques a été si souvent, si généralement impuissant, que l'on ne sait s'il convient de lui attribuer réellement le mérite de quelques guérisons survenues durant l'administration de tel ou tel remède.

Traitement chirurgical. — Dans ce paragraphe nous pourrons présenter quelques faits plus affirmatifs, ils n'offrent point encore assurément le degré de précision, de certitude, qu'il serait désirable d'atteindre, mais enfin la voie est ouverte, c'est à de nouvelles observations que se trouve réservé le soin de fixer ce point important de thérapeutique chirurgicale.

Le traitement chirurgical comprend plusieurs méthodes : 1° la ponction, 2° l'incision, 3° les courants continus.

1° La ponction. Avant d'aborder la question du manuel opératoire, il convient de préciser les indications de cette ponction ; dans les cas de kystes de la plèvre l'indication est toujours très-nette ; il en est de même des kystes pulmonaires et il est même fort utile de se hâter à leur égard et de ne pas leur permettre de s'ouvrir spontanément dans les bronches ou la plèvre. La ponction serait surtout

bien indiquée s'il existait, soit de la fluctuation, soit une voussure.

Si le kyste s'est déjà ouvert dans les bronches, il con viendra d'abandonner les choses à elles-mêmes si elles se passent d'une façon convenable ; mais si le malade s'affaiblit, s'il est tourmenté par les quintes de toux, épuisé par la suppuration, il faut agir comme on le ferait pour une collection purulente et pratiquer une large ouverture aux parois thoraciques ; il faut en un mot avoir recours à l'opération de l'empyème.

Bird pense que la ponction d'un kyste pulmonaire n'a jamais été pratiquée en Europe ; en effet, nous avons trouvé quelques observations de kystes de la plèvre traités par la ponction, mais nous n'avons point vu qu'on les ait dirigées contre les kystes du poûmon ; ce sont les chirurgiens de Victoria qui ont vanté l'utilité et l'innocuité de ce mode de traitement.

Le trocart dont il convient de se servir sera un trocart fin, assez long, auquel on pourra joindre avec avantage un appareil aspirateur ; on choisira naturellement le point au niveau duquel la matité sera bien franche, le silence aussi complet que possible ; de même on choisira pour traverser les parois thoraciques les points dont la lésion n'offre pas d'inconvénient. On a pu sans accident répéter ces ponctions à plusieurs reprises. On évacue autant de liquide que possible, la poche se plisse, revient sur elle-même et meurt après un nombre de ponctions assez variables.

La ponction capillaire n'offrant aucun inconvénient, on peut l'employer avec une certaine confiance. Cette assurance paraît être absolue chez les médecins d'Australie. Bird va jusqu'à citer un fait assez curieux et qui prouve la facilité avec laquelle il pratique ses ponctions ; il s'agit d'une femme qui vint le consulter, il reconnaît la pré-

sence d'un kyste pulmonaire, le ponctionne, l'évacue, et la femme rentre chez elle.

Il dit à ce propos : « Nous n'hésitons pas plus à ponctionner un kyste hydatique du poumon, que nos confrères d'Angleterre à inciser un panaris. »

Faudrait-il redouter le passage du liquide dans la plèvre, il est d'abord probable qu'au niveau des points ponctionnés les deux feuillets de la plèvre, irrités de longue date, ont déjà contracté des adhérences; mais n'en existerait-il pas, le danger nous semble bien douteux.

On a parlé aussi de l'ouverture possible d'une grosse bronche ; nous le concevons difficilement, car le développement du kyste a refoulé sur tout son pourtour le tissu pulmonaire; les bronches, les gros vaisseaux sont donc à l'abri du trocart, à moins qu'il ne soit poussé par une main à la fois inhabile et trop pleine d'assurance, car il n'est point nécessaire de faire pénétrer le trocart trop profondément : dès que le kyste est perforé cela suffit à son évacuation. Cependant il se peut que la position du kyste puisse expliquer la production de ces accidents qui ont été relatés deux ou trois fois ; dans ces cas, malgré la gravité des premiers moments la guérison s'est effectuée.

On a eu parfois recours à de larges incisions ; elles ont été employées surtout lors de la transformation purulente du liquide ou encore dans de très-vastes kystes pulmonaires ou pleuraux qui suppurent, et épuisent le malade, parfois après plusieurs ponctions la poche se met à suppurer; c'est alors le cas de faire l'empyème et les lavages habituels.

Quant aux injections de teinture d'iode après une première ponction, elles nous semblent peu avantageuses.

Traitement des kystes hydatiques par les courants continus. — Nous croyons qu'un brillant avenir est réservé à

ce mode de traitement ; il n'a pas encore été dirigé contre les kystes intra-thoraciques, mais ses premières armes contre les kystes hépatiques sont tout à fait encourageantes ; il n'y a aucun motif pour qu'il n'agisse pas de même contre les kystes pulmonaires.

Guerault, nous apprend qu'en 1831, le Dr Thoransen d'Islande a appliqué avec succès l'électricité au traitement des kystes hydatiques du foie ; récemment ce procédé a été repris par MM. Hilton Fagge et Cooper Foster (1) ; ils rapportent huit cas de kystes hépatiques traités de cette façon, tous les huit ont été suivis de guérison. Nous croyons devoir entrer dans quelques détails à ce sujet sur le mode d'opération, car il nous semble que l'application doit être faite exactement de la même manière sur les kystes intra-thoraciques et elle doit être suivie des mêmes résultats. Les succès obtenus jusqu'ici n'ont différé entre eux que par l'intervalle écoulé entre l'opération et le retrait complet de la tumeur ; chez un enfant traité par Hilton Fagge, la disparition de la tumeur n'a été complète qu'au bout de quelques mois ; dans un fait publié par Cooper Foster, elle a été plus rapide, mais cependant elle a eu lieu graduellement.

On plonge dans la tumeur deux aiguilles dorées, en les enfonçant à une petite distance l'une de l'autre, de manière que dans le kyste leurs deux points puissent se mettre en contact ; ces deux aiguilles sont mises en rapport avec le pôle négatif d'une batterie de Daniell de 10 éléments ; le pôle positif, terminé par une éponge humide, est placé soit sur la paroi abdominale, soit sur la paroi thoracique ; l'appareil est laissé en place pendant 10 à 20 minutes. Souvent, dès que l'opération est terminée, on peut constater que le kyste est devenu flasque et que son volume a diminué ; dans d'autres cas, la réduction est

(1) Medico-chirurgical Transactions. 1871.

plus lente. Dans quelques cas, au moment où passe le courant, on constate un gonflement subit de la région et l'on perçoit au doigt une sorte de sensation gazeuse, ce que l'on attribue au dégagement de l'hydrogène produit par la décomposition du liquide. Très-souvent, après cette application, il y a un léger mouvement fébrile, mais de courte durée, et après quelques jours les opérés peuvent rentrer dans la vie ordinaire.

Ces auteurs ont remarqué, à deux reprises, l'apparition d'une éruption ressemblant à de l'urticaire, à la suite de l'opération ; probablement quelques gouttes de liquide étaient tombées dans le péritoine.

Puisse-t-il se faire que ces succès se continuent et viennent ainsi démontrer la haute valeur de ce mode de traitement !

Nul ne serait plus commode, plus facile, moins douloureux, mais c'est l'expérience qui nous dira ce qu'il convient d'en penser.

Pour en finir avec les indications que présente un malade atteint de kystes hydatiques du poumon, nous devons recommander la médication des symptômes. Il conviendra de s'adresser à chacun d'eux et de les calmer chaque fois qu'ils présenteront une intensité inaccoutumée. Ainsi, il sera fort utile de calmer les quintes de toux, souvent si pénibles, les accès de dyspnée et de suffocation, d'arrêter les hémoptysies, etc.; pour cela nous avons un grand nombre de préparations.

Il sera toujours utile de recourir à un traitement tonique, de façon à soutenir et à réparer les forces du malade.

CONCLUSIONS.

SYMPTÔMES.

Les kystes hydatiques intra-thoraciques donnent lieu à deux ordres de symptômes, les uns locaux, les autres généraux.

Les symptômes généraux sont :

1° Une toux sèche, quinteuse et spasmodique au début, accompagnée plus tard d'une expectoration de nature variable ;

2° Une dyspnée dont les progrès se trouvent liés au développement du kyste ;

3° Des hémoptysies d'abord légères, plus tard abondantes ; ces dernières précèdent de peu ou accompagnent la rupture du kyste ;

4° Une douleur persistante du côté du kyste et parfois une sensation spéciale de corps étranger dans la poitrine ;

5° Une dépression des forces peu en rapport avec les apparences de santé que présente le malade ; la fièvre et les sueurs nocturnes sont peu prononcées.

SYMPTÔMES LOCAUX.

1° Le kyste soulève souvent la paroi thoracique et détermine une voussure globuleuse caractéristique ;

2° Le kyste diminue ou abolit la transmission aux parois thoraciques des vibrations de la voix ;

3° Matité dont les limites dessinent les contours du kyste, lorsque ce kyste est en rapport avec la paroi thoracique ;

4° Suivant la situation du kyste, absence ou diminution du bruit respiratoire à son niveau ; dans son voisinage ins-

piration puérile ou même bronchique, et transmission exagérée de la voix. Egophonie très-rare.

5° Au bout d'un temps variable, expectoration pathognomonique soit d'un liquide clair et transparent, soit de membranes, soit de crochets.

DIAGNOSTIC.

Les kystes hydatiques intra-thoraciques sont fréquemment confondus avec la tuberculose et les épanchements pleurétiques.

Ils se distinguent de la tuberculose par la lenteur de leur marche, la conservation d'un état général satisfaisant, le siége des phénomènes locaux et la netteté de leurs limites, la forme des hémoptysies, l'intensité croissante de la dyspnée, le caractère quinteux et spasmodique de la toux, la présence de kystes semblables dans d'autres organes, et enfin par l'expectoration d'hydatides.

Ils se distinguent des épanchements pleurétiques par leur mode de début, par la forme de la matité, la persistance de la douleur, l'intensité croissante de la dyspnée, la voussure globuleuse, l'absence d'égophonie.

PRONOSTIC.

Les statistiques d'Europe où l'on abandonne en général la guérison à la nature, nous donnent une mortalité des 2/3 environ. En Australie, où ces kystes sont très-communs et où on intervient chirurgicalement, le pronostic paraît moins fâcheux.

Le traitement médical est sans influence sur le kyste lui-même.

Le traitement chirurgical doit être employé aussitôt que le diagnostic est probable ; il consistera soit dans des ponctions, soit dans l'application des courants continus.

OBSERVATIONS.

Obs. I. — (Wolckerus). Hydatides intra-abdominales et intra-thoraciques (1).

Tumeur à l'épigastre prise pour un abcès; incision; issue d'une grande quantité d'hydatides, suivie de celle d'un liquide épais et visqueux, semblable à du suif fondu; plus tard, pus fétide et visqueux; marasme; fièvre hectique; mort un an après.

A l'autopsie, on trouva trois abcès (probablement des kystes athéromateux): l'un dans le foie contenant des hydatides; un autre dans les poumons; un troisième adhérant au côlon.

Obs. II. (Maloët). Kystes hydatiques des poumons et du foie (2).

Il rapporte le cas d'un soldat invalide, dans le cadavre duquel on trouva trois kystes volumineux; ces kystes avaient deux enveloppes; ils étaient formés par couches qui se séparaient facilement avec les doigts. L'un existait dans le foie et les deux autres dans les deux poumons. Le liquide contenu dans le premier était jaune mêlé de vert, il était plus pur dans les deux autres.

Obs. III. — (Richter). Kystes multiples, l'un dans le médiastin antérieur (3).

Un tailleur âgé de 50 ans, entra en 1797 dans un des hôpitaux de Gœttingue, et reçut les soins du professeur Richter. Il portait dans l'abdomen une tumeur volumineuse, obscurément fluctuante, formée de plusieurs lobes. L'émission des urines et la défécation étaient libres. La fièvre hectique, le délire, la diarrhée colliquative, la leucophlegmasie survinrent et emportèrent le malade.

A l'autopsie, on trouva :

1° Un kyste hydatique dans la paroi abdominale s'étendant de la région précordiale à l'ombilic: un second kyste se trouvait à côté du

(1) Wolckerus ap. Joachim Camerarium. De observ. propriis, Schenck, lib. III, obs. IV, p. 392, et Davaine, Traité des entozoaires, Paris, 1860, p. 351.

(2) Maloët, sur les hydropisies enkystées dans les poumons, et dans le foie Mém. Acad. roy. des sciences, 1732, p. 25, et Davaine, Traité des entozoaires, Paris, 1860.

(3) Journal de chirurgie de Christian Loder, 1797. t. I. — C. Davaine, Traité des entozoaires, Paris, 1860, p. 487.

précédent et dans la région du foie développé sous le péritoine; la paroi abdominale contenait encore dans son épaisseur un certain nombre de kystes hydatiques plus petits.

2° Dans la duplicature de l'enveloppe séreuse de l'estomac existait un kyste hydatique volumineux.

3° Au voisinage de la vessie, on rencontra un sac volumineux, contenant un liquide clair et plusieurs hydatides.

4° Le foie et la rate contenaient plusieurs kystes disséminés dans leur parenchyme.

5° Un kyste hydatique volumineux existait encore dans le médiastin antérieur, en avant du péricarde.

Obs. IV. — (Geoffroy et Dupuytren). — Kystes hydatiques des deux plèvres (1).

Jeune homme; à 18 ans, pneumonie; à 24 ans, rhumes opiniâtres, douleurs fréquentes dans le côté gauche.

En 1800, ictère qui dure trois mois; fragments de tænia par les selles; quelque temps après, toux sèche et violente; tumeur dans l'hypochondre droit. En 1803, amaigrissement, la tumeur est énorme, dure, lisse, un peu mobile; battements du cœur dans la région épigastrique, étouffement continuel; les autres fonctions assez régulières. En 1804, suffocations fréquentes et mort dans un accès.

Autopsie. — Kyste dans le lobe gauche du foie, contenant un liquide brun et beaucoup d'hydatides. Un kyste volumineux dans chaque plèvre, étendus l'un et l'autre depuis le sommet de la poitrine jusqu'au diaphragme, adhérents aux côtes et à la totalité du médiastin; constitués par une membrane mince, fibreuse, blanche; contenant l'un et l'autre une hydatide solitaire énorme qui remplissait exactement leur cavité. Chacune de ces hydatides contenait un liquide limpide évalué à 5 pintes et demie (pour chacune). Le cœur était repoussé vers l'épigastre; les poumons comprimés, aplatis et refoulés vers la partie antérieure de la poitrine.

Obs. V. (Cayol). — Hydatide sous la plèvre costale (2).

M. Cayol, dit Laënnec, a présenté depuis à la Société de la Faculté de médecine une observation à peu près semblable à celle de M. Geoffroy, mais elle n'a point encore été publiée. Dans le cas observé par M. Cayol, le kyste hydatique était situé entre la plèvre et les côtes.

(1) Bulletin de l'Ecole de médecine, 1805. — Laennec, Traité de l'auscultation, t. II, p. 196. — Cruveilhier, art. Acéphalocystes, p. 245, — Dupuytren, Leçons orales, t. III, p. 375. — Davaine, Traité des entozoaires, p. 410.

(2) Laënnec, t. II, p. 200. — Davaine, Entozoaires, p. 411.

Obs. VI. (Dupuytren). — Kyste hydatique du poumon ouvert à l'ombilic (1).

Une femme vint, en 1811, à l'Hôtel-Dieu, pour une tumeur inflammatoire à l'ombilic. Dupuytren ne voulut pas d'abord y toucher; mais la fluctuation étant devenue manifeste, et la peau menaçant de s'ouvrir, une incision donna issue à une grande quantité de pus et à quelques poches hydatiformes. Cette femme mourut, et à l'autopsie, Dupuytren trouva une communication entre l'ouverture de l'ombilic et une cavité contenue dans le poumon, par une espèce de canal formé à travers le diaphragme, entre le foie et les parois abdominales. La cavité du poumon contenait encore une grande quantité de poches hydatiques. Il était évident que cet organe avait été le siége primitif de la maladie.

Obs. VII. (Leroux). — Vaste kyste contenant des hydatides multiples (2).

Il s'agit d'un individu âgé de 35 ans, entré à la Clinique en 1815. Toux et dyspnée depuis plus de trois ans: parole lente, entrecoupée, battements du cœur profonds, toux continuelle sans expectoration, essoufflement, anxiétés horribles. A la percussion, matité, dans tout le côté droit, membres thoraciques œdémateux, membres abdominaux non infiltrés. Diagnostic: hydrothorax. Mort dans la suffocation.

Autopsie. — Le côté droit de la poitrine est rempli par une hydatide qui en occupe toute la capacité; le poumon réduit au volume du poing est refoulé en haut et à gauche. Sac formé par l'hydatide mère de la capacité de six litres environ, renfermant des centaines d'hydatides, refoulant le diaphragme en bas et le médiastin à gauche; tous les organes sont à l'état normal.

Obs. VIII. (Lepois) (3).

Charles Lepois parle d'un jeune homme qui périt subitement de suffocation par suite d'orthopnée invétérée et de fièvre lente; il avait de l'eau dans la poitrine, mais l'un des côtés contenait en outre plusieurs hydatides; ces vésicules étaient transparentes et ressemblaient à des œufs.

(1) Dupuytren, Leçons orales, t. III, p. 379. — Cruveilhier, art. Acéph., p. 252. — Davaine. Traité des entozoaires, p. 416.

(2) Leroux, t. VII, p. 140. — Davaine, Traité des entozoaires, p. 433.

(3). Carolus Piso, Observ. méd., p. 239, cité par Fréteau et par Davaine. Traité des entozoaires, p. 432.

Obs. IX. (Alibert). — Hydatide ouverte dans le péricarde (1).

Il s'agit d'un homme âgé de 39 ans, malade depuis trois ans, qui éprouvait une douleur sourde dans le côté droit de la poitrine avec toux et dyspnée ; le côté droit, inférieurement, était plus développé que le gauche, les espaces intercostaux étaient élargis ; dans cette région, la percussion donnait un son mat, et l'auscultation, l'absence du bruit respiratoire. Le cœur était déplacé. Après une nuit d'anxiété extrême, avec battements du cœur tumultueux, douleurs précordiales, etc., le malade mourut.

Autopsie. — En divisant les cartilages costaux à gauche, le bistouri pénètre dans la cavité du péricarde, d'où il s'écoule une assez grande quantité de sérosité inodore, citrine et tout à fait limpide. Le péricarde conserve sa couleur, son épaisseur et sa transparence naturelles. Dans le côté droit du thorax, entre le diaphragme, le poumon et le cœur considérablement déjeté à gauche, il existe une hydatide de la grosseur de la tête d'un enfant d'un an. Les parois de cette vaste poche ont environ une ligne d'épaisseur ; elles sont homogènes, d'un blanc laiteux, fragiles et résultent de la juxtaposition de plusieurs feuillets très-minces (il s'agit probablement ici de l'hydatide renfermée dans le kyste). Le liquide que cette poche contient est limpide et en tout semblable à celui qui se trouvait dans le péricarde. La cavité du kyste hydatique communique avec le péricarde au moyen d'une ouverture toute récente, étroite, longue de quatre lignes et située derrière l'oreillette droite, au devant de la veine cave inférieure. Cette ouverture permet au liquide contenu dans l'hydatide de passer librement dans la cavité du péricarde.

Obs. X. (Sonnié-Moret). — Hydatides du lobe supérieur des poumons (2).

Il s'agit d'une jeune fille âgée de 11 ans, qui entra le 25 février 1832 à l'Hôpital-des-Enfants.

Elle se plaignait d'éprouver, depuis plusieurs jours dans la fosse sous-épineuse droite, une douleur qu'exaspéraient la toux et les fortes inspirations. La toux était d'ailleurs peu intense et sans expectoration ; la respiration, un peu plus accélérée que dans l'état normal, s'étendait dans toute l'étendue des deux poumons sans aucun bruit particulier ; la soif était assez vive, inappétence ; paroxysme fébrile le soir. L'auscultation pratiquée à cette époque (5 mars) fit connaître du retentissement de la voix dans le lieu déjà indiqué, ce symptôme ne fit que s'accroître jusqu'à la sortie de la malade qui eut lieu le 17 mars.

(1) Alibert, Journ. hebdom. de méd., Paris, 1829, t. II, p. 264, et Bouillaud, Traité des maladies du cœur, Paris, 1841, t. II, p. 468. C. Davaine, Traité des entozoaires, Paris, 1860, p. 408.

(2) Sonnié-Moret, Bull. soc. anat., 1836, p. 36. Davaine, Traité des entozoaires, p. 412.

Le 31 du même mois, elle revint à l'hôpital; la face était pâle, le corps émacié; une diarrhée abondante était survenue; il y avait des sueurs nocturnes, et, quoique les crachats fussent simplement muqueux et les signes locaux peu caractéristiques, on crut à l'existence d'une phthisie tuberculeuse.

Le 3 avril, invasion du choléra-morbus; mort le 6.

Autopsie. — Le lobe supérieur du poumon droit présente des adhérences constituées par des fausses membranes assez épaisses. Une incision, faite sur la paroi postérieure de ce lobe, donna aussitôt issue à un flot de matière séro-purulente, et à une masse globuleuse blanchâtre, d'apparence pseudo-membraneuse, élastique et tremblotante, qui fut reconnu pour un kyste hydatique. Ce sac avait été ouvert par la première incision, de manière que le liquide qu'il contenait s'était presque entièrement écoulé. Le peu qui restait était d'une couleur citrine et légèrement opaque, il n'y avait pas de vésicules hydatiques. L'épaisseur du kyste est d environ une ligne; il parait formé de plusieurs couches superposées, il est absolument analogue à de l'albumine concrétée par la chaleur. Les couches intérieures sont plus molles, légèrement jaunâtres; la surface extérieure, dans l'état de vacuité, est ridée et comme chagrinée. Une vaste caverne, occupant e lobe supérieur droit, loge l'acéphalocyste. Les parois de cette caverne sont très-minces en dehors, et ne paraissent constituées là que par la plèvre seule renforcée par les fausses membranes. Dans le reste de leur étendue, elles sont formées par le tissu pulmonaire refoulé et densifié, de telle sorte qu'une portion de ce tissu, jeté dans l eau, se précipite au fond. Dans l'intérieur de la caverne, on trouve du pus analogue à celui que contiennent les cavernes tuberculeuses. Cette cavité est tapissée par une fausse membrane épaisse, formant des sortes de colonnes, et d'organisation déjà ancienne. A la surface de la pseudo-membrane vient aboutir le gros tuyau bronchique du lobe supérieur, qui pouvait ainsi transmettre au dehors la matière contenue dans la caverne.

Obs. XI. (Bally). Fistule pulmonaire provoquée par des hydatides. Hémoptysie. (Clinique de la Charité) (1).

Odavan, 27 ans, tonnelier, né à Laroche-Blanche (Puy-de-Dôme), entre le 8 janvier 1838, atteint d'une hémoptysie. Deux ans auparavant, il avait eu, mais pendant une seule nuit, un crachement de sang. Il s'est livré fréquemment à des excès de boisson. Sa constitution paraît avoir été bonne, mais il a fait dans l'Afrique française, une maladie dont la durée été de cent vingt-sept jours. Cette affection consistait, dit-il, en dysentérie et fièvre quotidienne très-forte.

46e jour. Expectoration sanguinolente; le sang est rutilant et aéré, il est mélangé de mucus bronchique.

(1) Bally, Journal des connaissances médicales, 1838, p. 193.

Quelques palpitations, toux fréquente, douleur aux deux épaules (saignée de 16 onces.)

47e jour. La saignée est couverte d'une couenne inflammatoire et a modéré l'hémoptysie et la toux. On prescrit de tirer tous les deux jours 4 onces de sang.

48e jour. L'hémoptysie augmente, enrouement, le sang est couenneux.

49e jour. Crachats bronchiques sans coloration rouge.

51e jour. Le sang colore de nouveau les crachats. Nouvelle saignée.

53e et 54e jours. Application de ventouses aux épaules et aux cuisses.

55e et 56e jours. L'hémoptysie diminue un peu, sinapismes autour des jarrets.

58e jour. Les crachats sont toujours mêlés de sang. La respiration est pure dans toute l'étendue du poumon gauche, mais on entend un râle à grosses bulles dans la fosse sous-épineuse droite et dans la région sous-claviculaire du même côté. La respiration est plus obscure.

59e jour. Moins de sang dans les crachats.

60e jour. Le malade accuse une douleur permanente à l'épaule droite et dans la fosse sous-épineuse. Point de sang dans les crachats : 12 onces de sang par les ventouses appliquées sur le lieu de la douleur.

61e, 62e et 63e jours. Expectoration aérée non sanguinolente, amélioration.

64e jour. Les douleurs poignantes redoublent avec vivacité. Dyspnée, et impossibilité de tousser sans réveiller les douleurs. Quinze sangsues, *loco dolenti*, sinapismes.

65e jour. Le malade tousse à chaque instant, et rend des crachats liquides et diffluents, aérés, transparents.

On juge qu'il s'est fait une déchirure pulmonaire d'où est résulté un épanchement de liquide bronchique d'une part, d'air atmosphérique de l'autre.

Cet épanchement a provoqué une pleurite sur-aiguë accompagnée de douleurs atroces à la partie postérieure et inférieure du thorax.

Dès ce moment, la résonnance amphorique est plus prononcée; mais la percussion n'offre point la sonorité remarquable de l'hydro-pneumothorax. Si l'on applique la main sur les côtes à droite, on perçoit la sensation d'un frémissement très-marqué. Le malade jette continuellement les hauts cris.

66e jour. Quel que soit le lieu, où on applique l'oreille, soit à la partie antérieure, soit à la partie postérieure à droite, on entend une résonnance amphorique très-claire, très-prononcée dans l'inspiration comme dans l'expiration. Ce son ne s'étend point au-dessous du mamelon. Par intervalles le tintement métallique vient frapper l'oreille. Les espaces intercostaux sont très-marqués, ce qui prouve que l'épanchement est encore peu considérable. Tuméfaction très-prononcée et peu douloureuse à l'hypochondre droit.

68e jour. La nuit a été très-agitée. Sueur glaciale à la tête. Vaste érysipèle depuis l'ombilic jusqu'à la partie moyenne du sternum, qui peut avoir été provoqué par l'application des sinapismes.

69e jour. Deux épistaxis d'environ 2 onces chaque. Expectoration fluide peu abondante. Si, on exerce une pression à la partie postérieure droite du thorax, le malade éprouve une sensation de chatouillement très-fatigante. La matité augmente, le thorax paraît plus développé à droite qu'à gauche; et ce qu'il y a d'étrange, la succussion hippocratique ne fait entendre aucun gargouillement.

Si le malade parle, le tintement métallique se distingue alors mieux. 104 pulsations molles avec quelques intermittences. Sueurs froides à la partie latérale gauche et surtout à la tête.

70e jour. Expectoration abondante, moitié transparente, moitié opaque et puriforme. Le thorax résonne parfaitement à la partie antérieure. Si le malade parle, le bourdonnement amphorique retentit avec éclat.

La mensuration fait reconnaître un développement plus considérable de 10 lignes à droite qu'à gauche.

72e jour. Quelques stries de sang dans les crachats. Sueurs froides, gémissements, loquacité.

Dans la région sous-claviculaire droite absence de murmure inspiratoire, mais résonnance tympanique, et cependant la matité persiste à la partie postérieure.

74e jour. Sueurs glaciales, douleurs déchirantes, orthopnée, besoin continuel de s'asseoir pour calmer les angoisses qu'il éprouve.

75e jour. Trouble dans les battements du cœur qui conserve un peu d'impulsion, mais qui paraît plus déjeté à gauche que dans l'état normal.

77e jour. Sommeil fort agité, expectoration peu abondante ; la plupart des crachats sont blancs, aérés, transparents. Nous attribuons une partie de l'expectoration à une bronchite reconnue dans le côté gauche. Lorsque le malade se réveille, il se trouve comme égaré. Désordre que nous attribuons à l'emploi de 4 grammes d'opium qu'il réclame constamment pour tempérer ses souffrances.

78e jour. A neuf heures du matin, air de stupeur, d'étonnement, paupières largement écartées, œil hagard, bouche béante. Pour la première fois le malade dit qu'il est bien.

Respiration courte, fréquente, avec très-peu de moyens de dilater le thorax. 104 pulsations régulières et petites. Urines troubles, jaunes et rougeâtres avec un sédiment rosacé. Mort dans la nuit.

Autopsie.— En pratiquant une ponction à la partie latérale droite du thorax, on entend un sifflement très-marqué. Le sternum enlevé; on observe un grand vide occupant plus des 4/5 de la cavité droite du thorax. Toute la plèvre pariétale et pulmonaire est tapissée par une membrane blanche molle, qui ne paraît point ressembler aux membranes accidentelles qui se forment dans les pleurites ordinaires, mais elle

a la plus grande analogie avec celles qui constituent les enveloppes des corps étrangers appelés hydatides. Sous cette membrane la plèvre est rougeâtre dans beaucoup de points. Dans l'intérieur du sac de la plèvre ainsi tapissée, liquide jaune rempli de flocons albumineux. On estime qu'il y a de 1 à 2 livres. Au milieu de ce liquide nageait une hydatide du volume d'une grosse orange aplatie. Elle a 4 pouces 1/2 de haut en bas, 3 transversalement et 1 dans le diamètre antéro-postérieur.

Ce corps flottant est enveloppé par une membrane extérieure, d'une belle couleur opaline, remplie d'un liquide jaune dans lequel nagent quelques flocons dont la couleur est semblable à celle de l'enveloppe principale. Tous les viscères du thorax, même les vaisseaux, sont fortement déjetés à gauche. Après avoir introduit une sonde dans la trachée artère, on insuffle de l'air qni, traversant le liquide, le fait fortement bouillonner. Que le sujet fût sur son séant ou dans la position horizontale, il est présumable que la fistule plongeait toujours dans le liquide.

Le poumon est rapetissé, refoulé vers le médiastin postérieur et réduit à son plus petit volume par la compression. En enlevant le poumon droit, on découvre avec une grande facilité l'ouverture fistuleuse ; elle s'était maintenue à travers toutes les membranes accidentelles. En la pressant, on en faisait sortir de la matière purulente.

« L'intérêt que présente cette observation, » dit l'auteur, « repose sur deux points principaux ; 1° la formation des hydatides, de celles surtout qui flottaient dans la plèvre ; 2° la fistule pulmonaire bien reconnue, et bien jugée du vivant du sujet.

Mais on observait là une particularité pendant la vie qui aurait pu en imposer ; c'était la matité qui a constamment dominé à la partie postérieure du thorax à droite ; phénomène qui ne s'observe jamais dans les hydro-pneumo-thorax ; nous l'expliquons ici par la présence de cette énorme hydatide qui, flottant dans toutes les positions à la surface du liquide, rendait la résonnance obscure.

Traitement du début des moyens propres à arrêter l'hémoptysie ; plus tard, nous nous sommes attaché à combattre la violence des douleurs. »

Obs. XII (Seguin). Lobe supérieur du poumon droit. Hydatides du foie et du cerveau (1).

Il s'agit d'une jeune fille de 13 ans qui avait trois kystes hydatiques dans le foie, un dans le cerveau, et un au sommet du poumon droit.

Obs. XIII. (Dr Simon). Hydatide dans le médiastin antérieur (2).

Il s'agit d'une femme, âgée de 34 ans, qui commença à ressentir, en 1837, de la gène dans la respiration. En 1839, il survint tout à coup une oppression extrême que rien ne put calmer, et la malade mourut au bout de quarante-huit heures, dans un état de véritable asphyxie.

A l'autopsie, le larynx, la trachée-artère n'offraient qu'une légère injection de la membrane muqueuse et un liquide spumeux abondant. Une vaste poche était placée entre les deux poumons; elle contenait une grande quantité d'hydatides; cette poche était ouverte et une partie des hydatides était répandue dans la cavité thoracique, mais l'auteur attribue ce fait à un accident de l'autopsie.

Obs. XIV (Trochon). Lobe supérieur du poumon droit. Hydatides du foie. (3).

M. Trochon fait voir des hydatides trouvées dans le poumon d'une femme de 60 ans, journalière, qui fut traitée dans les derniers temps de sa vie pour une double pneumonie et sur les antécédents de laquelle on manquait de renseignements. On trouva les deux poumons criblés de petits abcès, ou, suivant d autres personnes, de tubercules ramollis; en outre, le poumon droit contenait, au centre de son lobe supérieur, un kyste renfermant des hydatides au nombre de trois, dont une du volume d'un œuf de pigeon. Une semblable altération se montrait dans le lobe droit du foie.

Obs. XV. (Bouvier). Kyste hydatique solitaire. (Lobe inférieur droit) (4).

Femme de 60 ans; matité et absence de respiration dans une grande étendue du poumon droit, crachats incolores, pas de dyspnée.

Diagnostic : épanchement pleurétique. Mort par la diarrhée.

Autopsie : poumon droit adhérent aux parois, acéphalocyste du volume

(1) Seguin et Becquerel, Gaz. méd., Paris, 1837. Bull. soc. anat., 1837, et dans Davaine, Traité des entozoaires, p. 413.

(2) Dr Maximilien Simon, Journal des connaissances médic.-chirurg., 1840, p. 194. Davaine, Traité des entozoaires, 1860, p. 411.

(3) Trochon, Bull. soc. anat., 1840, ann. XV, p. 211. Davaine, Traité des entozoaires, Paris, 1860, p. 413.

(4) Bouvier. Hydatide du poumon. Bull. Acad. royale de méd., Paris, 1841-42, t. VII, p. 935. Davaine, Traité des entozoaires, p. 434.

d'une grenade dans le lobe inférieur. Kyste fibro-celluleux mince, lisse, très-adhérent; à travers sa paroi, se dessinent en relief des branches vasculaires et des rameaux bronchiques, un de ces vaisseaux est ouvert dans le kyste. Tous les organes sains, à l'exception de l'intestin.

Obs. XVI. (Bouvier) Kyste hydatique solitaire (1).

Femme de 65 ans, morte de méningite; matité dans toute la hauteur du poumon droit en arrière, et à la base du poumon gauche.

Autopsie. Adhérences du poumon gauche avec les parois thoraciques; énorme acéphalocyste solitaire, remplissant presque la totalité du lobe inférieur; le tissu de ce lobe réduit à une lame mince et comme membraneuse, entourait l'hydatide; dans un point où le tissu pulmonaire a disparu, plaque cartilagineuse assez large, en contact immédiat avec l'hydatide.

Kyste formé par une membrane celluleuse fine, à travers laquelle se dessinent des branches vasculaires dénudées et comme disséquées dans une partie de leur trajet.

Obs. XVII. (Neucourt). Hydatides du poumon et du foie. (2).

A l'autopsie d'une femme morte de pneumonie à l'âge de 60 ans, on trouva à la base du poumon droit, un kyste renfermant une hydatide solitaire. Il paraissait constitué en partie par la base du poumon et en partie formé aux dépens des organes voisins, en sorte qu'il est difficile de dire s'il était véritablement creusé dans l'épaisseur de l'organe, ou bien s'il lui était simplement accolé. Ce kyste ne communique avec aucun autre.

Toute la portion droite du foie était remplacée par des kystes au nombre de dix ou douze. Le diaphragme a disparu dans la partie occupée par les kystes, de sorte que celui des poumons et ceux de l'abdomen se touchent par leur face externe. La rate et les épiploons contiennent de nombreux kystes.

Obs. XVIII. (Dr Watts de Manchester) Hydatides dans le poumon et dans le foie. Gangrène (3).

Homme âgé de 47 ans, ayant toujours joui d'une bonne santé jusqu'en 1842. Alors dyspepsie, douleurs d'estomac et du dos sous l'omoplate droite. En 1843, aggravation, douleurs d'estomac violentes, dyspnée; symptômes de gangrène pulmonaire, mort.

(1) Bouvier. Hydatide du poumon. Bull. acad. royale de méd. de Paris, 1842-43, t. VIII, p. 1244. Davaine. Traité des entozoaires, p. 434.

(2) Neucourt, Bull. soc. anat., Paris, 1842, p. 234. Livois (E.), Thèse sur les échinocoques, 1843, p. 107. Davaine, Traité des entozoaires, p. 378.

(3) Budd, p. 427. Davaine, Traité des entozoaires, p. 433.

Autopsie. Au centre du lobe inférieur du poumon gauche, hydatide solitaire de la grosseur du poing ; une autre solitaire, grosse comme une tête d'enfant, existe dans le foie. Le lobe inférieur de chaque poumon, surtout du gauche, compacte, facile à écraser entre les doigts, laisse échapper une matière opaque, épaisse, d'une odeur gangréneuse.

Obs. XIX. (Serrailler). Kyste hydatique du poumon (lobe inf. droit). Tubercules (1).

La malade est entrée à la salle Sainte-Agathe, hôpital Saint-Antoine Aucune espèce de renseignement. État de cachexie profonde, ascite et œdème des membres inférieurs, amaigrissement. Elle n'a jamais toussé ni vomi ; diarrhée. Mort quelques jours après son entrée.

Autopsie. Excavations tuberculeuses et tubercules ramollis au sommet gauche. Ganglions mésentériques et bronchiques tuberculeux. Le foie est doublé de volume et jaunâtre, granuleux à la coupe, comme cirrhotique. A la base du poumon droit et pénétrant dans son tissu, une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme, n'ayant aucune adhérence avec la plèvre costale. Les parois sont épaisses, lardacées. La paroi interne est recouverte d'une poche hydatique remplie de pus et de débris de petits kystes hydatiques flétris ; quelques-uns cependant sont intacts, le plus gros a le volume d'un grain de raisin. Cette poche repose sur le foie avec lequel elle a contracté une adhérence intime de nature fibreuse ; il est impossible de l'en séparer. Le parenchyme du viscère n'a pas été envahi.

M. Baron présenta, en 1845, des opinions assez étranges sur la genèse des productions morbides, en général, et les kystes hydatiques en particulier.

Ces opinions peuvent se grouper sous trois chefs.

1° Il pense que tous les produits morbides sont reliés entre eux par un étroit lien de parenté, et ne se distinguent que par des nuances insuffisantes pour leur assigner des origines diverses ; aussi d'après lui, le cancer, le tubercule, etc., se produiraient sous l'influence de l'hérédité, des contusions, etc ; ils auraient une première période de crudité, une seconde de ramollissement ; leur texture, leur marche, leur rapport avec des organes du voisinage, leur transformation, leur généralisation, seraient identiques ou peut s'en faut.

(1) Bull. de la soc. anat., Paris.

2° La similitude qu'il trouve dans leurs caractères, il la retrouve encore dans leur origine ; ainsi pour lui le point de départ de toutes ces productions ne serait ni l'inflammation de Broussais, ni la phlébite capillaire de Cruveilhier, mais il consisterait en une extravasation sanguine, dont l'organisation variable dans des limites pour lui assez restreintes constituerait ici un cancer, plus loin un tubercule, plus rarement un kyste hydatique.

3° Sa théorie sur la pathogénie du kyste hydatique nous intéressant d'une manière plus spéciale, nous l'exposerons avec plus de détail, et nous citerons deux observations qu'il présente à l'appui de sa thèse. (La seconde observation se trouve rapportée avec les cas de guérison.)

Obs. XX. (Baron). Kystes hydatiques des deux poumons (lobe supérieur droit et lobe inférieur gauche) (1).

Au no 35, salle Saint-Monique est couchée la femme Duval, âgée de 66 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu, service de Magendie. Peu de renseignements sur sa santé antérieure. Il y a dix mois, elle se fit une fracture au poignet, plus tard elle apprit qu'elle était mal remise, cela lui causa un tel saisissement qu'elle en éprouva une dyspnée intense; à compter de ce jour sa respiration fut gênée, la dyspnée était continuelle, mais avec des exaspérations. Parfois elle avait des palpitations, il survint bientôt de la toux, une expectoration sanguinolente, de la douleur au bas du sternum. En même temps les forces se déprimaient; cependant ces accidents se calmèrent, et pendant deux ou trois mois, il n'y eut pas d'expectoration sanguinolente. Les crachats étaient blancs.

Deux ou trois jours avant l'entrée à l'hôpital, le matin peu d'instants après son réveil, il lui survint une quinte de toux avec quelques nausées et une abondante quantité de sang fut rejetée par la bouche. Depuis lors la dyspnée augmenta et la douleur sternale se fit de nouveau sentir. Il s'y joignit une autre douleur au-dessous du mamelon gauche, la toux augmenta de fréquence et l'expectoration resta sanguinolente.

Etat actuel. Faiblesse assez prononcée, maigreur, visage terreux, la bouche est mauvaise, la langue humide, blanchâtre, excepté à la pointe qui est un peu rouge, ventre indolent, un peu de diarrhée, pouls 70, 40 respirations gênées. La malade est couchée sur le dos soutenue par plusieurs oreillers, souvent même elle est assise dans cette position, elle est moins gênée.

(1) Ch. Baron, Mémoires de l'Acad. de méd., 1845.

Un peu de douleur à la partie inférieure du larynx, au-dessous du mamelon gauche et en bas du sternum. Quintes fréquentes de toux, composées de quatre ou cinq secousses peu bruyantes avec expectoration facile, d'une assez grande quantité de crachats d'un rouge grisâtre, assez épais, bien distincts et séparés, non adhérents, non visqueux, paraissant formés par une substance épaissie d'un gris rougeâtre, parcourues par une infinité de petites stries sanguines fines et allongées, présentant en quelques points de grosses bulles d'air. Au-dessous est une couche de sang d'un rouge noirâtre, mêlée à un peu de mucosités épaissies Quelques crachats sont en partie d'un gris rougeâtre, comme je l'ai dit, en partie muqueux, aérés, incolores. La malade dit que les crachats sont plus sanguinolents le matin que le soir. Voix faible, lente, un peu voilée.

La percussion du thorax fournit un son clair dans tout le côté gauche, un peu moins clair dans le côté droit. Auscultation : bruit vésiculaire un peu exagéré dans tout le côté droit. L'exagération du bruit respiratoire dans le côté antérieur gauche voile le bruit du cœur qui est à peine perçu. La résonnance de la voix partout égale est un peu exagérée. Lors de la toux, on entend dans la partie externe de la fosse sous-épineuse gauche et en dehors de l'omoplate, dans un espace bien circonscrit, un bruit de souffle profond, un peu amphorique et métallique.

31 octobre. Crachats entièrement sanguinolents moins nombreux, les autres sont d'un gris rosé, épais, arrondis persistants.

1er novembre. Respiration moins gênée, les crachats ne sont plus sanguinolents, ils ont un teint gris rougeâtre, l'état général meilleur.

Le 2. Crachats semblables, mais avec quelques autres mucoso-purulents, jaunâtres et quelques mucosités blanches aerées.

Le 3. La plus grande partie est mucoso-puriforme jaunâtre. Un très-petit nombre sont d'un gris rougeâtre. A l'aisselle du côté gauche, la respiration a un timbre métallique.

Le 4. Plus de crachats rougeâtres.

Le 5. Les crachats forment au fond du vase une couche jaunâtre, mucoso-puriforme, d'épaisseur inégale. Le 6 vers le soir, quelques crachats sanguinolents surviennent de nouveau, et le 7 novembre, pas d'expectoration, la malade succcombe dans la soirée.

Autopsie. La partie antérieure de la face interne du poumon droit adhère à la partie externe du péricarde. Cette face à sa partie antérieure présente des plaques irrégulières d'un jaune serin ou rouge. La plèvre parait un peu inégale. Le reste du poumon est libre d'adhérences. Il est d'un gris ardoisé foncé. A l'intérieur, à la partie antérieure du lobe supérieur, se trouve une cavité à peu près régulièrement sphérique de deux pouces et demi de diamètre environ, dont les parois sont formées par du tissu pulmonaire sain, foulé et épais seulement d'une demi-ligne entre la cavité et la face interne de l'organe. Cette cavité est rem-

plie par une poche cylindrique d'un blanc de lait, nullement adhérente à la paroi de la cavité, dont elle s'échappe d'elle-même après l'incision. Sur l'un des points de la face interne de cette poche, se trouve une sorte de petite excroissance constituée par des petites vésicules blanches et à peu près transparentes. Un autre point présente une légère saillie arrondie et aplatie de même couleur; cette poche était remplie d'une sérosité limpide et incolore. La face externe des parois de la poche est blanche, comme l'interne, recouverte presque partout d'une couche mince de matière filante, gluante, transparente, légèrement jaunâtre et verdâtre. L'épaisseur des parois a environ une ligne; le tissu qui la forme est assez résistant, quoique mou. Dans l'intérieur du poumon, aux points correspondants aux taches jaunes et rouges de l'extérieur, le tissu conserve la même coloration à la profondeur d'un pouce environ, plus profondément dans l'espace de deux pouces carrés environ, le tissu est rouge brun, comme infiltré de sang. Dans quelques-unes de ces taches, cette altération est entourée de toutes parts d'une intersection blanche d'environ une ligne d'épaisseur, il n'y a aucun espace vide; par sa surface externe, cette intersection blanche répond à des portions rouges ou saines du poumon.

Le poumon gauche adhère aux côtes en arrière, son lobe inférieur est presque entièrement occupé par une excavation dont les parois sont formées par du tissu pulmonaire sain et refoulé. Il existe à la surface interne cinq ou six petites ouvertures, ces ouvertures font communiquer la cavité avec les bronches et l'air insufflé par le gros tuyau bronchique passe par ses ouvertures. On trouve dans la poche des lambeaux membraniformes transparents, jaunâtres, visqueux, épais d'une demi-ligne, peu consistants.

Voici la manière dont il les interprète. Fidèle à sa théorie, il veut qu'une extravasation sanguine soit le point de départ du kyste. Cette extravasation serait une apoplexie pulmonaire. Rencontrant, en effet, dans les poumons des foyers sanguins à diverses phases de leur évolution régressive, et à côté d'eux des kystes hydatiques, il lui semble naturel de considérer ces diverses lésions comme les étapes successives d'un même processus morbide.

Ainsi : 1° Dans certains points du poumon se trouvent des noyaux sanguins, qu'à leur couleur, à leur densité, à leur homogénité on reconnaît pour être de formation récente.

2° Il en existe d'autres dont la périphérie est plus blanche, et dont le point de contact avec le tissu pulmonaire a déjà

perdu une partie des caractères primitifs du sang extravasé; les noyaux sont denses, fibreux, compacts et homogènes, et présente les caractères d'une fausse membrane; la partie centrale au contraire commence à se ramollir, à se dissocier; que cette dissociation fasse des progrès, que la matière colorante vienne à se résorber et nous aurons une poche blanche et fibreuse renfermant un liquide.

3° C'est d'après lui la marche qu'auraient suivie les deux kystes que l'on rencontre dans le poumon (obs. I). A la suite de quintes de toux, la paroi se déchire en plusieurs endroits et des membranes flottent dans la cavité, prêtes à être expectorées lorsqu'elles se trouvent en rapport avec des bronches qui s'ouvrent dans le kyste.

Obs. XXI. (Mercier). Kyste hydatique du Poumon. Hydro-pneumo-thorax. (1).

Un homme de 38 ans, sujet depuis plusieurs années à de fréquentes hémoptysies, bien qu'il ne présentât d'ailleurs aucun signe d'affection tuberculeuse des poumons, fut subitement pris d'une douleur aiguë dans le côté droit: l'examen de la poitrine fit reconnaître un hydro-pneumothorax et le malade succomba rapidement.

A l'autopsie, on trouva dans la cavité pleurale une hydatide nageant au milieu du liquide épanché; dans la partie du lobe du poumon correspondant à la scissure interlobaire, il y avait une caverne creusée dans le parenchyme de l'organe et au niveau de laquelle on voyait une bronche ulcérée.

Trousseau, en parlant de cette observation, dit : Il est évident, ou tout au moins très-probable, que, dans ce cas, le travail d'élimination, en s'opérant simultanément du côté des bronches et du côté de la plèvre, avait amené la perforation pulmonaire et causé l'hydro-pneumo-thorax. Les hémoptysies qui s'étaient produites pendant la vie, l'existence, constatée après la mort, d'une caverne creusée dans le parenchyme du poumon et contenant encore l'hy-

(1)) Mercier. Bull. de la soc. anat., t. XIII, p. 71. Trousseau, Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 1873 (4e édition), p. 845, vol. I.

datide, semblaient démontrer clairement le siége de l'affection. Toutefois, en raison de ce que la caverne occupait le niveau de la scissure interlobaire, on pouvait se demander si la poche ne s'était pas primitivement formée dans cette scissure, d'où elle aurait envahi et creusé le parenchyme pulmonaire; cependant, en comparant ce fait avec ceux dans lesquels des hydatides occupaient incontestablement le poumon lui-même; en considérant ainsi que je le disais tout à l'heure, que c'est le plus ordinairement dans les organes parenchymateux que ces entozoaires se développent; on est en droit de conclure du général au particulier, et d'admettre qu'ici le siége primitif de la tumeur était bien effectivement celui que l'examen cadavérique permettait de lui assigner.

Obs. XXII. (Andral). Kyste unique contenant des hydatides multiples (1).

Femme, 45 ans, respiration libre, pas de toux, pas de matité à la percussion, inégalité d'intensité du bruit respiratoire entre les deux côtes de la poitrine, plus fort à droite; mort par un cancer utérin.

Auptosie. Au centre du lobe inférieur du poumon droit, hydatide du volume d'une grosse noix qui en contenait plusieurs autres; kyste fibro-celluleux, poumon sain.

Obs. XXIII. (Andral). Hydatides dans le poumon et dans le foie (lobe inférieur gauche). Tubercules (2).

Homme, 26 ans, symptômes et phénomènes de la phthisie pulmonaire; mort.

Autopsie. Tubercules à divers états; dans le centre du lobe inférieur du poumon gauche, poche de la capacité d'une grosse noix renfermant un liquide puriforme; à l'intérieur, hydatide unique pleine d'un liquide limpide; kyste hydatique dans le foie.

(1) Andral, Clin. cit., t. II, p. 410, Obs. IV. Davaine, Traité des entozoaires, p. 433.

(2) Andral, Clin. cit., t. II, p. 408, Obs. III. Davaine, Traité des entozoaires, p. 433.

Obs. XXIV. (Andral). Kyste dans le lobe inférieur de chaque poumon (1).

Un homme d'un âge moyen, entra à l'hôpital dans un état de dépérissement assez avancé. Depuis longtemps il toussait et avait la respiration courte, La poitrine percutée rendit un son mat, dans toute l'étendue à peu près des parois thoraciques correspondant à l'espace occupé par le lobe inférieur de chaque poumon. Des deux côtés aussi, dans cette même étendue, le bruit respiratoire ne s'entendait pas. Cet individu succomba peu de temps après son entrée.

Le lobe inférieur de chacun des poumons était transformé en une vaste poche à parois minces, constituées par le parenchyme pulmonaire refoulé et tapissées par une membrane fibro-celluleuse. Chacune de ces poches était entièrement occupée par une volumineuse acéphalocyste qui en contenait dans son intérieur deux ou trois autres petites. Cette hydatide était remplie comme de coutume par un liquide incolore, limpide comme de l'eau de roche.

Obs. XXV. (Andral et Lemaitre). Hydatides dans la plèvre (2).

Une femme, de 41 ans, entra en 1850 dans le service de M. Andral. Elle avait éprouvé pendant dix-sept mois une gêne dans la respiration et une douleur dans le côté gauche de la poitrine, douleur qui redoublait au moindre mouvement. Elle mourut peu après, avec des phénomènes d'asphyxie. On avait constaté les signes d'un vaste épanchement dans la plèvre gauche.

A l'autopsie. M. Lemaître trouva le cœur repoussé à droite, le poumon gauche refoulé en dedans et en arrière vers la colonne vertébrale et réduit au volume du poing.

La cavité de la plèvre (gauche) est occupée par une énorme poche fluctuante, dont les parois blanches et opaques comme du blanc d'œuf coagulé, sont entièrement semblables aux parois des vésicules acéphalocystes. La surface externe de cette poche, partout lisse et énucléable, est séparée de la plèvre par une matière gélatineuse jaunâtre peu consistante; ses parois, épaisses de 3 millimètres, se composent de plusieurs feuillets superposés ; sa surface externe présente une multitude de très-petits points blancs : à l'intérieur, elle contient trois litres de liquide transparent légèrement jaunâtre, d'apparence homogène, on y trouve un grand nombre d'échinocoques. Cette poche est donc une énorme acéphalocyste développée dans la cavité même de la plèvre.

Le poumon droit était sain, le foie renfermait un kyste du volume d'un gros œuf de poule, qui contenait une hydatide solitaire avec des échinocoques.

(1) Andral, Traité des entozoaires, p. 407.
(2) Bull. soc. anat., 25e ann , p. 106. Davaine, Traité des entozoaires, p. 344.

Obs. XXVI. (Andral). Hydatides dans les veines pulmonaires (1).

Un homme, de 55 ans, s'était mal nourri pendant un an, et avait souvent éprouvé toutes les angoisses de la misère. Pendant son séjour à la Charité, ce malade ne présenta d'autre phénomène que les symptômes ordinaires d'une affection de cœur ; battements s'étendant avec bruit, mais sans impulsion, dans toute l'étendue du sternum et sous les deux clavicules ; pouls ordinaire ; face bouffie et violacée ; infiltration des membres ; état d'orthopnée habituel. En plusieurs points des parois thoraciques, on entendait un râle bronchique humide, et en d'autres il y avait absence complète de respiration. Cependant la difficulté de respirer devint de plus en plus grande, et le malade succomba dans un état d'asphyxie.

Autopsie. — Les deux poumons furent trouvés remplis d'un grand nombre d'hydatides. Nous crûmes d'abord qu'elles étaient logées dans le parenchyme même des poumons ; mais, bientôt une dissection plus attentive nous découvrit un fait qui a, jusqu'à présent, peu d'analogues dans les annales de la science, savoir, l'existence des hydatides dans les veines pulmonaires. M. Breschet a bien voulu examiner la pièce avec nous.

Plusieurs de ces hydatides étaient logées dans des poches à surface lisse, qui nous parurent d'abord autant de kystes ; d'autres, vides et plusieurs fois roulées sur elles-mêmes, étaient contenues dans d'étroits canaux, étaient lisses comme celles des grandes poches ; ils se ramifiaient comme des vaisseaux. Enfin, nous reconnûmes bientôt qu'à chaque poche aboutissait un vaisseau d'un petit calibre, qui pour la former, subissait une dilatation plus ou moins considérable. Nous disséquâmes alors les veines pulmonaires à leur entrée dans le cœur, et nous les suivîmes dans le poumon. Lorsque nous fûmes arrivés à leur division presque capillaire, nous commençâmes à voir plusieurs d'entre elles présenter un grand nombre de renflements que remplissaient des hydatides ; après s'être ainsi dilatée, la veine reprenait son calibre primitif, puis un peu plus loin elle se dilatait encore. Les poches les plus considérables auraient pu admettre une grosse noix et les plus petites auraient pu à peine recevoir un pois. Elles existaient également dans les deux poumons. Les deux hydatides qu'elles contenaient avaient tous les caractères des acéphalocystes ; plusieurs présentaient dans leur épaisseur des petits points d'un blanc mat, d'autres offraient à leur surface interne un grand nombre de granulations miliaires, la plupart étaient rompues. Autour d'elles, le tissu pulmonaire était en plusieurs point sain et crépitant, en d'autres fortement engoué et même hépatisé.

(1) Andral, Clinique méd., cit. t. II. p. 412. Obs. V. Davaine, Traité des entozoaires, p. 396.

Un vaste kyste hydatifère à parois cartilagineuses, pouvant admettre dans son intérieur une grosse orange, existait au milieu du foie, dont il avait refoulé le parenchyme ; huit à dix acéphalocystes y étaient renfermées. C'est la seconde fois que nous constatons l'existence simultanée des hydatides dans le foie et dans le poumon.

Obs. XXVII (Fouquier). Kyste ouvert dans la plèvre et dans les bronches. (1).

Une femme, de 36 ans, d'une bonne santé apparente, fut prise tout à coup, à la suite d'une violente colère, de suffocation extrême, d'anxiété, de douleur très-vive dans le côté droit du thorax, avec toux fréquente et expectoration ; elle mourut vingt-deux jours après, ayant éprouvé comme phénomènes principaux, des quintes de toux très-rapprochées, une expectoration abondante , des vomissements et une dyspnée extrême.

A l'autopsie, l'on trouva un kyste hydatique du lobe inférieur droit, communiquant d'une part avec deux bronches et de l'autre avec la cavité de la plèvre par une ouverture arrondie, à bords relevés, dans laquelle on pouvait facilement introduire l'extrémité de l'index.

Obs. XXVIII (Nega). Kyste hydatique du poumon (lobe inférieur droit) (2).

Nega observa des échinocoques du poumon chez un homme âgé de 42 ans, qui depuis quinze ans souffrait d'hypertrophie du foie, de troubles de la digestion et de cardialgie. Il fut traité pour une pneumonie lobulaire du côté droit et rejeta finalement en toussant, depuis le milieu d'avril jusqu'au milieu de mai, plusieurs centaines de vésicules du volume d'un pois. Il mourut avec tous les phénomènes de la pleurésie du côté gauche et de l'exsudat méningé (méningite). Le poumon droit était occupé presque tout entier par une vaste excavation renfermant de nombreux échinocoques ; le diaphragme présentait une ouverture grande comme une pièce d'un gros ; le foie était adhérent à ce niveau. Cependant cet organe (le foie) était complètement libre d'échinocoques.

Obs. XXIX. (Caron et Soubeiran). Hydatide intra-thoracique et du foie (3).

Il s'agit d'un homme de 36 ans, qui entra, le 18 octobre 1852, à la salle Ste-Marguerite, dans le service de M. Barthez. Il avait eu, au

(1) Fouquier, Clinique des hôpitaux, Journal analytique, n. 5, p. 284, et Cruveilhier, art. Acéph., p. 250. Davaine, Traité des entozoaires, p. 418.

(2) Nega. Echinococcus hominis in der Lunge. Caspers Wochenschr., nº 40, 1851. Anal. in Canstatt's, Jahresb, 1851, t. IV, p. 249.

(3) Ed. Caron et J. L. Soubeiran. Comptes-rendus Soc. biologie, t. IV, p. 171, 1852. Gaz. méd. de Paris, 1853, nº 5, p. 72.

mois de janvier 1858, un vomissement de sang abondant, à la suite duquel il lui était resté une douleur dans la poitrine. Deux ans après, il lui survint une opprsssion qui augmenta graduellement.

A son entrée à l'hôpital, cet homme offrait les symptômes d'un épanchement considérable dans le côté droit du thorax. Le 25 octobre, on pratiqua la thoracentèse. La poitrine perforée au lieu d'élection laisse écouler à travers la canule 2 à 3 onces d'une sérosité limpide. Il s'ensuit un accès violent d'étouffement ; la quantité du liquide à la percussion ne paraît pas diminuée. — Le 28, on constate que le côté droit du tronc, de la face et le membre supérieur droit sont œdémateux. La face est violette et les veines dn cou sont distendues à droite et à gauche. Ces phénomènes se prononcent davantage le lendemain, ainsi que les autres symptômes graves ; la mort arrive le 30.

Autopsie. — Le côté droit de la poitrine contient environ trois litres de liquide, dont une partie est extraite d'abord par une ponction et dont le reste s'écoule à l'ouverture de la poitrine. Au niveau du lobe supérieur du poumon, existe un épanchement dans la plèvre ; au-dessous de cet épanchement, se trouve un kyste à parois fibreuses et résistantes, épais de 2 à 4 millimètres et renfermant une hydatide affaissée du volume de la tête d'un enfant de 10 ans.

Le poumon droit, complètement revenu sur lui-même, est refoulé contre la colonne vertébrale. Le diaphragme est intimement adhérent au kyste et à la face supérieure du foie ; un second kyste du volume d'un petit œuf est situé dans cet organe ; il est séparé du grand kyste par une sorte de membrane rougeâtre qui, examinée au microscope par M. Laboulbène, parut constituée par des fibres musculaires striées, d'où il résulte que le grand kyste s'était développé dons la cavité du thorax.

D'après M. Davaine (1), l'existence d'un kyste adventif indique suffisamment que l'hydatide ne s'est pas développée dans la cavité de la plèvre même et que le titre : Observation de kystes hydatiques de la plèvre droite et du foie, donné par les auteurs à leur observation, n'est pas exact.

Obs. XXX. (Pinaut). Hydatides dans les deux poumons, le foie et la rate (2).

Il s'agit d'une femme, âgée de 30 ans, qui éprouvait depuis deux ans de la gène à respirer, et qui offrait de l'œdème des jambes, les signes d'un épanchement séreux dans l'abdomen et dans la cavité gauche du thorax.

(1) C. Davaine, Traité des entozoaires, 1860, p. 614.

(2) Pinaut. Bull. soc. anat., Paris, 1854, p. 406. Davaine, Traité des entozoaires, p. 434.

A l'autopsie, on trouva un kyste hydatique dans le lobe droit du foie, un autre kyste considérable dans la rate ; un kyste de la grosseur d'un œuf adhérent au bord postérieur du foie, au diaphragme, et comprimant la veine cave, ce qui explique l'œdème et l'ascite ; un kyste considérable occupant la partie antérieure du lobe moyen, la partie la plus inférieure du lobe supérieur, et la partie supérieure du lobe inférieur du poumon droit ; un autre très-considérable, occupant tout le lobe inférieur et la plus grande partie du lobe supérieur du poumon gauche ; enfin deux petits kystes, l'un dans le lobe inférieur du poumon droit, l'autre dans le lobe supérieur du poumon gauche, appartenaient probablement aussi aux hydatides.

Obs. XXXI. (Aubré). Lobe supérieur du poumon gauche, inférieur et moyen du poumon droit (1).

Le malade, âgé de 17 ans, avait été jugé atteint de phthisie pulmonaire ; il avait eu de la toux pendant plusieurs mois, des hémoptysies, des sueurs nocturnes, etc.

Le 1er juillet 1854, il fut pris de frisson, de fièvre et d'une vive douleur dans le côté droit ; cinq jours après, il entre à l'hôpital ; expectoration des matières mucoso-purulentes, blanchâtres, comparables à du mastic délayé dans de l'eau. A l'auscultation, diminution du bruit respiratoire dans tout le côté gauche ; à droite, gros râles muqueux, caverneux à la base ; au sommet, respiration faible ; vers la racine du poumon droit, un peu d'égophonie. *Epanchement pleurétique léger.* La fièvre persiste, 117 pulsations ; la malade, après quelques alternatives d'amélioration et d'aggravation, succombe le 19 juillet.

A l'autopsie, on ne trouve dans les poumons *nulle trace de tubercules.* Un peu de pleurésie avec fausses membranes, et une petite quantité de liquide à droite. Dans chacun des poumons, on rencontre un vaste kyste hydatique ; à gauche, la cavité admettrait au moins le poing ; à droite, il est un peu moins étendu. Dans le poumon droit, il occupe à la fois les deux lobes inférieurs, et s'étend jusqu'à la plèvre diaphragmatique ; dans le poumon gauche, le kyste occupe tout le lobe supérieur et empiète légèrement sur l'inférieur. Des deux côtés, il existe des orifices de communication entre les bronches et la cavité accidentelle. Une matière purulente, mêlée à des débris d'hydatides, remplissait en partie les cavités. Le kyste a pu être détaché presque en entier ; il présente les caractères ordinaires de ces sortes de produits morbides.

(1) Aubré, Bull. soc. anat., Paris, 1854, p. 241, Davaine, Traité des entozoaires, p. 413.

Obs. XXXII. (Pillon). Kyste hydatique du poumon gauche (lobe supérieur), suppuration vomique, hémorrhagie interne (1).

Il s'agit d'un homme de 28 ans, qui entra à l'hospice St-Antoine le 4 février 1836. Bien constitué et d'une bonne santé. Vers Noël 1853, il éprouva un refroidissement et des frissons répétés, perte d'appétit, malaise et dépérissement. Le 29 janvier 1836, crachement de sang.

A l'examen le 4 février, pas de fièvre, respiration assez facile, des accès de toux fréquents et fatigants, de préférence il affectait le decubitus dorsal. Il avait, disait-il, perdu ses forces, quoique mangeant encore assez bien, fonctions digestives normales, pas d'altération de la voix, pas de douleur thoracique et pas de changement de forme de la poitrine. A la percussion, on constate de la matité du côté gauche, en avant s'étendant depuis la base jusqu'à deux travers de doigt au-dessus du mamelon, atteignant en dedans la ligne médiane, et en dehors jusqu'à l'aisselle, tandis qu'en arrière le son reparaissait à peine obscurci.

En avant au-dessous la clavicule, sonorité exagérée à gauche, pas de modification à droite.

A l'auscultation, des râles muqueux et sibilants dans toute la hauteur. A gauche, respiration bruyante et supplémentaire au sommet en avant, devenant nulle de ce point jusqu'à la base, obscure en arrière et mêlée de râles sous-crépitants et sibilants. Le 7 février, respiration présente le timbre amphorique au-dessus du mamelon gauche avec tintement métallique caractérisé surtout après la toux. La main appliquée sur le thorax perçoit à peine les frémissements quand le malade parle.

Le choc du cœur n'était pas perçu à son siége habituel, le maximum d'intensité des bruits était sur la ligne médiane au tiers inférieur du sternum. Expectoration abondante, spumeuse et transparente. Diagnostic : bronchite générale datant de six semaines, avec pleurésie circonscrite remontant à la même époque, et ayant laissé un épanchement limité à la partie antérieure. Le malade quitta l'hôpital, mais revint le 19. A cette époque, nous constatâmes un notable changement. Disparition des râles du côté droit, la sonorité qui existait à gauche en avant a descendu plus bas que le mamelon ; en revanche la matité précédemment notée monte en dehors vers l'aisselle et règne en arrière dans toute la hauteur. En ce point, absence de vibration pendant la phonation, de même absence de respiration, peu d'égophonie. Toux moins fréquente, l'expectoration modérée légèrement visqueuse et aérée, appétit bon et sommeil calme.

(1) A. Pillon, Bull. soc. anat., Paris, 1836, p. 309. Davaine, Traité des entozoaires, p. 414.

Diagnostic.— Ruptures des adhérences enkystantes de l'épanchement dans la cavité pleurale, où il a aussi augmenté d'abondance.

Le 14 mars. Dilatation du côté gauche, absence de douleur, un peu d'œdème, pas d'albumine dans les urines.

Le 18. Sensibilité très-grande dans le côté gauche de la poitrine, douleurs spontanées , affaiblissement général , pouls 104. Rien de changé dans les symptômes stéthoscopiques.

Le 2 avril. Vomique abondante. Il a été pris d'une toux continuelle accompagnée d'une expectoration abondante franchement purulente, la quantité de pus rendu 1 litre. Pourtant rien de changé dans l'état de la poitrine, on suppose la formation d'une fistule pleuro-bronchique.

3 avril. Vomique un peu interrompue, la toux s'est calmée, expectoration moins abondante. Dans l'après-midi, nouvelles quintes de toux, expectoration d'une grande quantité de pus.

Le 4 et 5 avril mieux apparent. Le 6 au soir, nouvelles quintes de toux, expectoration purulente, mort pendant la nuit.

Autopsie. — On trouve le poumon gauche adhérent à la paroi thoracique, sa base était réunie au diaphragme par des adhérences difficiles à détruire, son volume était considérable, et donnait à la main la sensation d'une vaste poche à parois minces et complètement remplie d'un liquide ; c'était du sang coagulé pouvant remplir les deux mains rapprochées. Cinq ou six débris d'hydatides rompues nageaient dans ce sang. Tout le poumon à l'exception d'une petite partie de son bord antérieur était réduit à l'état d'une poche d'une capacité d'un litre au moins et dont les parois fibro-celluleuses avaient un demi-millimètre d'épaisseur. Cette poche communiquait avec la première division supérieure de la bronche gauche. Le poumon droit était sain. Pas d'hydatides dans le foie. Le kyste fut jugé s'être développé dans le lobe supérieur du poumon. La mort de l'hydatide remonte probablement à l'époque de la maladie fébrile.

Obs. XXXIII. (Cruveilhier) (1).

M. Cruveilhier rapporte un cas d'hydatide dans, lequel la plèvre pulmonaire soulevée, avait été en quelque sorte disséquée par l'entozoaire pour constituer la plus grande partie de sa cavité de réception. Cette plèvre pulmonaire était tellement adhérente à la plèvre costale, qu'elle s'est rompue lorsqu'on a voulu détacher le poumon, et que l'acéphalocyste est tombée dans la cavité pleurale.

(1) Cruveilhier, Anat. patholog. gén., Paris, 1836, t. III, p. 345. Davaine, Traité des entozoaires, Paris, 1860, p. 410.

Obs. XXXIV. (Moutard-Martin). Kyste hydatique intra-pulmonaire simulant une pleurésie; suppuration et expuition du pus, simulant l'ouverture de l'épanchement dans les bronches (1).

M... 28 ans, blanchisseur, vigoureux et bien constitué, bien portant habituellement, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 4 février 1836. Dans les derniers jours du mois de décembre 1855, il éprouva du refroidissement, puis des frissons répétés, puis de la toux et un malaise qui persistèrent pendant tout le mois de janvier. Le 29 janvier survint un crachement de sang abondant qui affaiblit le malade et l''effraya. A son entrée à l'hôpital, il était pâle, un peu jaune, sans fièvre, conservant de l'appétit, digérant bien, n'accusant de douleur nulle part, mais se plaignant de faiblesse et d'accès fréquents d'une toux très-fatigante et qui n'amenait pas d'autre expectoration que du mucus transparent et très-aéré.

La poitrine examinée avec soin présente les phénomènes suivants :

Résonnance parfaite des deux côtés en arrière; respiration complète mélangée seulement de quelques râles muqueux disséminés des deux côtés. En avant, résonnance complète à droite, exagérée au sommet gauche jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de la clavicule; à partir de ce point jusqu'à la base, matité complète, survenant brusquement et sans transition. Cette matité s'étendait en avant, jusqu'à la ligne médiane, et sur le côté, jusque sur une ligne qui serait descendue du bord de l'aisselle parallèlement à l'axe du corps. Le cœur est refoulé en bas et vers la ligne médiane. Dans toute l'étendue occupée par la matité, il y a absence complète de respiration et de résonnance de la voix. Deux jours plus tard, dans le même point, nous entendîmes dans quelques grandes inspirations un souffle amphorique. très-éloigné, à peine perceptible et quelquefois un tintement métallique.

Voici quel fut notre diagnostic; bronchite générale datant de six semaines, pleurésie avec épanchement circonscrit par des fausses membranes à la partie antérieure gauche. On verra plus tard que, sur ce point l'autopsie est venue nous donner raison. Cinq jours après, le 9 février, le malade sortit de l'hôpital. Il rentra de nouveau le 19 mars. Il fut trouvé dans l'état suivant; la matité de la partie antérieure gauche a complètement disparu, et le cœur a en partie repris sa position normale. La respiration est complète dans toute la partie antérieure précédemment occupée par la matité. En arrière, dilatation notable du côté gauche matité complète dans toute sa hauteur; résonnance parfaite à droite. Absence du bruit respiratoire à gauche en arrière; résonnance saccadée de la voix vers la partie moyenne que je désigne sous le nom d'égophonie mal caractérisée.

(1) Garreau (Louis-Jean), Thèse. Des Hydatides du poumon, 1836, Paris.

La toux et l'expectoration présentent les mêmes caractères que précédemment; absence de fièvre.

25 mars. Œdème considérable des membres inférieurs; fréquence du pouls, 104 pulsations. Pas de douleur, pas de frissons, pas d'augmentation du malaise; rien d'anormal dans les urines.

Les jours suivants, l'anasarque fait de rapides progrès, et dès le 27, l'œdème est général; le tronc, la face, les paupières, les membres supérieurs, tout est infiltré. L'appétit est conservé.

Le 28. Sensibilité très-vive dans tout le côté gauche de la poitrine; faiblesse, agitation, inappétence, soif; 104 pulsations. Rien de changé dans la poitrine.

2 avril. Depuis la veille au soir, le malade tousse d'une manière incessante; il a craché environ un litre de pus, et maintenant encore les crachats qu'il ramène avec effort sont franchement purulents. L'examen de la poitrine ne permet de reconnaître aucune modification dans les résultats fournis par la percussion et l'auscultation, nous n'en concluons pas moins à l'existence d'une communication entre les bronches et la cavité pleurale, qui a donné issue à l'épanchement devenu purulent.

Depuis le 3 avril jusqu'au 6. il y a des alternatives de calme et de toux, d'expectoration purulente et d'absence d'expectoration; l'anasarque ne diminue pas, les signes stéthoscopiques ne se modifient en rien, la fièvre continue.

Le 6, dans l'après-midi, surviennent de nouvelles quintes de toux avec expectoration de pus très-abondante, agitation, face vultueuse, yeux injectés et saillants; 120 pulsations; dyspnée extrême. Vers neuf heures, se manifeste un peu de calme; mais le malade s'affaiblit rapidement, il prend une teinte asphyxique et meurt brusquement.

Autopsie. A la partie antérieure gauche de la poitrine, adhérences résistantes et anciennes disposées circulairement et laissant libre sans adhérences une portion de la partie antérieure du poumon gauche; c'est dans ce point qu'avaient existé de la matité et l'absence du bruit respiratoire, et certainement un épanchement circonscrit. Tout le reste du poumon gauche est complètement adhérent à la paroi thoracique, il n'y a pas un atome d'épanchement. Le volume du poumon est énorme, et il donne la sensation d'une vaste poche à parois minces et complètement remplie de liquide. En cherchant à détacher les adhérences, la poche pulmonaire fut crevée, et l'on vit s'échapper une énorme quantité de sang récemment coagulé; au milieu des caillots, s'échappent cinq ou six débris d'hydatide, entre autres une portion de membrane hydatique demi-transparente, qui avait au moins deux fois la largeur de la main; tous ces débris paraissent appartenir à une même hydatide rompue. Pour enlever le poumon, il fut nécessaire d'emporter avec lui une portion du diaphragme, et voici l'état dans lequel nous l'avons trouvé; tout le poumon, à l'exception d'une petite partie de son bord antérieur, est réduit à l'état de poche dont les parois présentent, dans certains endroits,

seulement deux ou trois millimètres d'épaisseur, dans d'autres endroits, de 1 centimètre à 1 centimètre et demi; à la base surtout, dans la partie adhérente au diaphragme, on trouve une sorte de tissu fibreux, épais de 2 centimètres environ. L'intérieur de la cavité ayant été lavé et débarrassé du sang qu'elle contenait, est tapissé d'une substance jaunâtre, concrète, plusou moins épaisse et s'écrasant sous le doigt, disposée en dépôts mamelonnés, et qui, examinée au microscope par M. Follin, lui a paru du pus concret. Au-dessous de ce dépôt, se trouve une membrane fibro-celluleuse, dense et parfaitement organisée, d'un demi-millimètre d'épaisseur, qui constitue l'enveloppe du kyste. Sur un des points de cette poche, nous trouvâmes un pertuis capable d'admettre l'extrémité du petit doigt et communiquant avec la première division de la bronche gauche. Sur cet orifice, se trouvait accolée une portion de la membrane hydatique dont nous avons parlé et qui obturait complètement l'ouverture. Nous avons pu constater que le kyste hydatique s'était développé dans le lobe supérieur du poumon, qu'il avait réfoulé de toutes parts le tissu pulmonaire, l'avait réduit à l'état fibreux, et que le lobe inférieur entre autres était réduit à l'épaisseur de 2 centimètres environ.

Obs. XXXV. (Garreau). Kyste ouvert dans la plèvre (lobe inférieur) (1).

B... Pauline, 28 ans, couturière, fut apportée le 26 octobre au matin, salle Sainte-Marthe, hôpital de la Charité, service de M. Briquet.

Femme pâle, maigre, tempérament lymphatique. L'état d'anxiété et d'oppression de cette femme était tel, que je n'ai pu obtenir que des renseignements imparfaits sur les antécédents de la maladie.

Depuis trois ou quatre ans, elle était sujette à une toux sèche et à une douleur sourde située au-dessous de la mamelle droite. Deux ou trois fois elle avait eu des accès d'oppression qui avaient duré des journées entières et qui avaient ensuite disparu, sans que l'expectoration eût produit rien de remarquable. Elle avait quelquefois craché du sang, mais en petite quantité. Depuis dix-huit mois environ, sa respiration était devenue courte, son appétit avait diminué, elle avait beaucoup maigri, mais elle ne continuait pas moins à travailler.

Le 25 octobre au soir, en montant son escalier, elle fut prise subitetement d'une douleur excessivement vive du côté droit, avec anxiété et oppression très-considérables.

Voici ce que nous constatons à l'hôpital; la malade est assise sur son séant, il lui est impossible de se tenir couchée sur le dos ou sur les côtés. La face est anxieuse, pâle, couverte de sueur; les lèvres sont bleuâtres; 60 inspirations par minute; le pouls très-petit est à 130; petite toux fréquente et donnant beaucoup de sérosité. Examen de la poitrine. Dou-

(1) Garreau (Louis-Jean). Hydatides du Poumon. Thèse. Paris, 1836.

leur toujours très-vive au côté droit. Le côté gauche à la percussion et à l'auscultation ne présente rien de particulier.

Côté droit. En avant, deux travers de doigt au-dessous de la clavicule, s'étendant du côté du sternum et dans un espace d'un décimètre carré, voussure très-prononcée. Percussion, en avant, résonnance parfaite, peut-être même un peu exagérée; en arrière, résonnance tympanique dans toute l'étendue du poumon.

Auscultation. En avant et en arrière, râles muqueux et sonores très-abondants dans toute l'étendue du poumon; respiration amphorique.

M. Briquet diagnostique un pneumothorax, probablement à la suite d'un ramollissement d'un tubercule à la surface du poumon.

Traitement par les opiacés à haute dose.

Le 27 à la visite du matin, l'aspect de la malade est le même, mais à la percussion l'on constate à droite, en bas, en arrière et en avant, de la matité dans une hauteur de trois doigts environ; à ce niveau, absence de murmure respiratoire, un peu d'égophonie, râles muqueux et sonores dans le reste du poumon.

Toujours rien à gauche, si ce n'est un peu de râle sibilant. On continue les opiacés et l'on applique un large vésicatoire sur le devant de la poitrine. Dans la soirée, la malade tombe dans un état comateux et meurt dans la nuit.

Autopsie. La voussure du thorax existe toujours; les espaces intercostaux sont traversés avec le bistouri, mais aucun gaz ne s'échappe par ces ouvertures de la cavité pleurale. Le sternum est enlevé et l'on examine les poumons. Le poumon gauche n'offre aucune altération et est parfaitement crépitant sous le doigt, la cavité pleurale gauche ne renferme aucun liquide. A droite, le poumon a contracté quelques adhérences au niveau de son lobe supérieur, avec la plèvre pariétale en avant. La cavité de la plèvre contient environ 400 grammes d'un liquide jaunâtre, tenant en suspension des globules purulents et des concrétions fibrineuses; la plèvre pariétale et viscérale a l'aspect de la plèvre enflammée. Au milieu du liquide, on trouve la membrane d'une énorme hydatide, d'une épaisseur de deux à trois millimètres; cette membrane en contenait une autre de la même grandeur, mais beaucoup plus mince; quelques hydatides des plus petites étaient adhérentes à cette dernière membrane.

Le lobe supérieur et le lobe moyen sont un peu diminués de volume et fortement repoussés en haut et en avant. Le lobe inférieur ne forme plus qu'une vaste poche, dont les parois ont une épaisseur de 2 à 3 millimètres; ces parois n'ont pas l'aspect fibreux, mais le tissu pulmonaire est très-condensé et ne se laisse pas distendre par l'insufflation. En arrière et à la partie moyenne de cette poche, existe une déchirure verticale, longue de 3 centimètres, à bords déchiquetés; la surface interne est formée par le tissu pulmonaire même légèrement ramolli, et se laissant

enlever lorsqu'on le racle avec le scalpel. A la partie supérieure et postérieure de cette poche, existent deux ouvertures irrégulièrement arrondies, et correspondant avec deux divisions bronchiques de la grosseur d'une plume à écrire.

Obs. XXXVI. (Krabbe). Hydatide du poumon. (1).

Une servante, âgée de 30 ans, avait présenté dans les trois ou quatre dernières années les symptômes d'une affection de la poitrine; elle eut subitement une attaque épileptiforme très-violente, expectora des matières peu abondantes il est vrai, mais purulentes et d'une odeur infecte; elle entra alors à l'hôpital. Respiration un peu pénible, toux rare, par accès, expectoration comme plus haut; matité à la percussion à droite; à droite et en arrière, on perçoit à l'auscultation par ci par là, des râles à grosses bulles; dans tout le côté droit, la respiration est affaiblie et semble accompagnée d'un son métallique. Vers le soir du même jour, il y eut perte de connaissance et peu après la mort s'en suivit.

A l'autopsie, le poumon droit était fortement adhérent au sommet, et dans son parenchyme on voyait une caverne du volume d'une tête d'enfant, communiquant en un de ses points avec une bronche de moyen calibre; à côté de l'air et d'un liquide gris jaunâtre qui s'y trouvaient, on voyait un sac blanc affaissé d'environ 5 pouces de diamètre, dont la paroi blanc-laiteuse, épaisse d'une ligne était couverte à l'extérieur d'une couche facile à enlever d'une matière colloïde et présentant à sa face interne des saillies plissées, de légers enfoncements et par place des noyaux blancs, arrondis, du volume d'un pois. Dans l'intérieur du sac, on voyait à côté d'une foule de ces noyaux détachés, deux petites vésicules pleines de liquide.

Le parenchyme pulmonaire environnant était fortement comprimé; hépatisation grise dans le lobe inférieur droit. Dans le fluide clair des vésicules, on découvrit environ 10 échinocoques, dont la couronne de crochets présentait 28 crochets dont 14 grands et 14 petits se succédant irrégulièrement comme s'il y avait deux solutions de continuité; la couronne devrait se composer en réalité de 32 crochets

Obs. XXXVII. (Gairdner). Tumeur du poumon droit, expectoration de membranes hydatiques, suppuration, gangrène. Mort. Autopsie. Kyste hydatique dans le poumon droit (lobe supérieur) (2).

Le nommé H. L , chauffeur, âgé de 27 ans, entra à Royal-Infirmary. Edinburgh, juillet 1854. Il tousse et il expectore depuis longtemps, mais il n'est sérieusement incommodé que depuis deux ans. A cette

(1) Krabbe Einige Falle von Hydatiden beim Menschen. Hosp. Neddeleser, Kopenhagen, 1856, p. 311. (Canstatt's Jahreb., Bd. III, p. 257, 1857.)

(2) W. J. Gairdner, Edinburgh Medical journal, p. 587, 1857.

époque, il fut pris d'une douleur dans le dos et à l'épaule droite qui, le força à s'aliter. Six mois plus tard, la douleur revint avec de la toux, l'impossibilité de se servir du bras droit et une hémoptysie de sang pur. A partir de ce moment, il continua à cracher du sang de temps en temps. Il y a un mois les symptômes s'aggravèrent et furent accompagnés d'inappétence, d'amaigrissement. Il éprouva une sensation comparable à celle qu'occasionnerait un abcès situé dans le côté droit se dirigeant vers un point situé au-dessous de l'omoplate. On pensait avoir affaire à une phthisie pulmonaire, et les signes physiques venaient appuyer cette idée. A la percussion, matité à droite en avant, la respiration s'entendait à peine, les vibrations vocales et la résonnance de la voix étaient sensiblement diminuées. Néanmoins, j'avais conçu quelques doutes sur l'exactitude de ce diagnostic, en raison des faits suivants.

1° L'expectoration (qui était abondante et mêlée presque toujours de sang), correspondait peu à cette période de phthisie que semblait indiquer le récit du malade et les signes physiques.

2° Il y avait peu de pus et jamais les crachats ne présentèrent l'aspect de la matière tuberculeuse ramollie.

3° Le malade éprouvait plus de souffrance et d'anxiété que l'on en rencontre habituellement dans la tuberculose, la dyspnée était spasmodique, et par moments la respiration était rude et comme laryngienne, les altérations de la voix se montraient aussi par paroxysme, il y avait même un peu de dysphagie.

4° Il y avait bien des sueurs nocturnes, mais moins profuses et pas aussi fréquentes que dans la phthisie dans une période semblable.

5° Dernièrement, quelque temps après son entrée, on nota que l'épaule droite était immobile pendant la respiration, et qu'il existait de ce côté une voussure à partir de la seconde jusqu'à la cinquième côte.

Toute cette région était absolument mate à la percussion, et dans la même partie, disparition des phénomènes de la respiration et des vibrations vocales, au-dessus la respiration était comme tubaire.

La partie inférieure du thorax était également mate à la percussion, mais ne présentait pas d'élargissement ; à la partie postérieure et inférieure du thorax, la respiration s'entendait quoique affaiblie.

Au poumon gauche, on ne remarqua que quelques râles.

Le 16 novembre Il y eut une hémoptysie abondante, accompagnée d'une expectoration aqueuse. Les jours suivants, le sang disparaissait des crachats, qui devenaient de plus en plus purulents, avec une odeur gangréneuse. Le malade continua à s'affaiblir, la toux était fréquente; on remarqua le 24 novembre que la voussure n'existait plus. Ses souffrances étaient grandes, la toux avait une caractère paroxysmale (comme dans le croup), et sa violence était extrême, ce qui faisait penser à la présence d'une tumeur comprimant les nerfs. La voix était

rude et basse, mais il n'existait pas signe d'affection du larynx. A ce moment, on trouva dans les crachats des débris membraneux, dont le plus considérable était large comme une pièce d'un franc, mince, mais assez ferme, d'une texture homogène, d'un blanc nacré et demi-transparent; examinés au microscope, ils présentèrent en certains endroits une structure fibreuse.

Le diagnostic porté, fut : kyste hydatique du poumon. L'examen de la poitrine montra que la plus grande partie de l'espace occupé auparavant par la voussure était devenu à la percussion légèrement tympanique, la respiration tubaire et des râles caverneux faisaient penser à la présence d'une cavité.

Rien de spécial au poumon gauche.

L'affaiblissement et l'amaigrissement du malade augmentèrent de jour en jour; sueurs froides, inappétence, diarrhée, urines albumineuses; l'haleine exhalait une odeur insupportable, et les crachats devenaient de plus en plus purulents, contenant des débris sphacelés et des membranes hydatiques ; la mort est venue mettre fin à ses souffrances le 19 novembre.

Autopsie. — On trouva un exsudat plastique dans la plèvre droite et sur le péritoine. Le foie hypertrophié et graisseux, et les reins présentaient un commencement de dégénérescence graisseuse.

Rien à noter d'anormal au poumon gauche.

Le poumon droit était adhérent dans les 5/6 supérieurs, et dans le lobe supérieur près la surface antérieure, on trouva la cavité reconnue pendant la vie. Cette cavité communiquait largement avec la bronche droite, et on y trouva les restes d'un kyste hydatique, qui avait dû être d'une dimension considérable, car la cavité avait six pouces de diamètre. La cavité était garnie d'une fausse membrane, à laquelle adhérait des débris du kyste. Ses parois étaient en partie gangrénées, et le tissu voisin induré et condensé.

Signes d'une pleurésie récente à gauche, et de l'emphysème pulmonaire.

La membrane muqueuse du gros intestin d'une couleur foncée et ecchymosée, mais sans ulcérations.

Obs. XXXVIII. (Pockels). Briefliche Mittheilung au Dr Küchenmeister uber Echinoccen in der Lunge. Aus den helminthologischen Notizen, von K, Güns. Zeitschrift VIII, p. 464. 1857 (1).

Il est question de deux cas d'expectoration d'hydatides mal examinées. Dans le 1er cas, le malade mourut d'une affection semblable à la tuberculose ; pas d'autopsie.

Dans le 2e cas, une jeune femme aurait expectoré des hydatides et guérie consécutivement.

(1) Anal., in Canstatt's Jahresb, 1857. Bd. IV, p. 376.

Obs. XXXIX. (Genouville). Kyste hydatique de la plèvre droite (1).

Confland (Jean), 71 ans, entre le 21 février 1857 à l'hôpital St-Antoine pour une affection du cœur, caractérisée par un bruit de souffle dont le maximum était à la base au premier temps, et par une matité assez étendue à la région précordiale. Cet homme avait les jambes enflées, et se plaignait de gêne dans la respiration.

Ce ne fut que vers le 10 mars, qu'il accusa une douleur assez vive dans le côté droit de la poitrine.

On put constater alors par la percussion, une matité occupant toute la partie postérieure du côté du thorax, et par l'auscultation du souffle bronchique dans les fosses sous et sus-épineuses, absence de respiration dans le reste de ce côté. La dyspnée devint de plus en plus grande; on trouvait, en effet dans le poumon gauche de nombreux râles sous-crépitants. Le malade mourut le 17 mars.

Autopsie. — En ouvrant la poitrine par deux sections faites au niveau des articulations chondro-costales, on s'aperçoit que le côté droit du thorax est divisé verticalement en deux parties ; l'une, la plus interne, est constituée par le poumon; l'autre externe, par une poche volumineuse qui lui est accolée dans tout son bord libre et dont il est impossible de la séparer. Cette poche adhère aux parois thoraciques, mais d'une manière lâche, et qui permet de l'en séparer. Après avoir enlevé tout le contenu du thorax, on remarque que le poumon droit et la poche conservent tout à fait la forme de la cavité thoracique, refoulée vers les médiastins, mais d'une manière égale et régulière. Le poumon occupe le 1/3 interne de la cavité thoracique droite sans empiéter sur les médiastins et sans refouler le cœur; son bord libre est comme aplati, et il reste au côté interne de la poche une tranche de poumon. La poche occupe les 2/3 externes de la cavité thoracique droite. Elle est de couleur blanc jaunâtre, on y remarque l'empreinte des côtes lisse et fluctuante. Elle contient 2 1/2 litres d'un liquide jaunâtre, couleur mastic gris, onctueux au toucher, d'une consistance crémeuse dans les couches inférieures. L'intérieur de la poche est tapissé par une très-grande quantité de plaques crétacées, qui n'ont cependant pas partout la même épaisseur ni la même consistance; c'est surtout au niveau des angles que forme la poche en adhérant au poumon qu'on les rencontre et aussi au niveau du diaphragme. Les parois de la poche elle-même ont sensiblement la même épaisseur, excepté aux endroits qui adhèrent au poumon, où elle est alors moins épaisse. Le poumon est adhérent à la poche, mais par une dissection attentive, on peut très-bien l'en isoler. Ces parties déta-

(1) Al. Genouville, Bull. soc. anat., 1857, p. 56.

chées sont recouvertes d'une membrane qui semble être la plèvre pulmonaire.

Le poumon lui-même n'est point carnifié ; il est crépitant et se laisse facilement insuffler. Quant aux rapports de la plèvre pariétale avec cette poche, ils sont très-difficiles à déterminer ; en effet, cette plèvre, arrivée au niveau de la réunion du kyste et du poumon, devient tellement adhérente, qu'il est impossible de savoir ce qu'elle devient.

M. Vidal reconnaît sur cette pièce les caractères des kystes hydatiques anciens, à parois d'apparence ostéo-cartilagineuse, ayant subi, après la mort des acéphalocystes, la transformation crétacée. La dissection attentive qui a été faite par M. Genouville, en démontrant l'intégrité du poumon, la possibilité en l'insufflant de lui faire reprendre sa forme normale, prouve qu'évidemment ce kyste a pris naissance et s'est développé dans la cavité pleurale.

Obs. XL. (Vidal). Kyste hydatique de la plèvre gauche (1).

J'ai vu, dit-il, avec M. Charnal, un fait analogue (il parle de l'observation de Genouville), dans lequel le kyste hydatique, à peine fixé par quelques adhérences aux deux feuillets de la plèvre entre lesquels il était logé, a été pour ainsi dire pris sur le fait de son mode d'évolution.

Cette hydatide avait le volume du poing, était unique, ne renfermait pas d'acéphalocystes libres, remplie par un liquide hyalin, la face interne de la poche etait semée de nombreuses granulations. Elle était placée en dehors et en arrière de la base du poumon gauche dans la cavité pleurale, où elle était entourée par des fausses membranes jaunâtres, molles, de formation récente, et baignée par un peu de sérosité trouble, dans laquelle nageaient des flocons albumineux. Aucun kyste fibreux adventif n'entourait l'hydatide, le poumon était à peine refoulé, et ne présentait qu'un peu de congestion. Ce malade est mort de choléra contracté dans la salle, où il était entré pour une pleurésie gauche. Ce malade souffrait depuis deux mois, époque à laquelle il avait eu une fluxion de poitrine ; depuis lors, il ne s'était jamais complètement rétabli, et était devenu sujet à tousser et à éprouver de l'oppression.

Au moment de son entrée, on diagnostiquait uue pleurésie gauche, probablement chronique, caractérisée par de l'égophonie, du souffle pleurétique sous l'aisselle, avec matité absolue à la base et résonnance skodique au sommet du poumon. La respiration était rude et s'accom-

(1) Vidal, Bull. soc. anat., 1857.

pagnait d'expiration prolongée au sommet du poumon gauche. Un séton fut passé à travers les téguments de la poitrine, au niveau de l'espace intercostal.

Le 10, la respiration était plus libre, l'égophonie avait disparu, on entendait le bruit de frottement pleurétique, et la matité presque absoue en arrière, était beaucoup moins prononcée sous l'aisselle. Le 13, le malade semblait en convalescence franche, lorsqu'à minuit, il fut pris des symptômes cholériques.

Ces deux faits démontrent d'une façon péremptoire la possibilité du développement des hydatides dans la cavité des membranes séreuses, et en particulier dans celle de la plèvre, conformément à l'opinion de Reynaud, déjà confirmée par le mémoire de Vigla. (*Arch. génér. de méd.* 1855.)

Obs. XLI. (Wunderlich). Hydatides dans l'artère pulmonaire et dans plusieurs organes (1).

C. N..., âgé de 22 ans, entre à l'hôpital le 30 janvier 1857, après avoir éprouvé de la céphalalgie, des vertiges, des bourdonnements dans les oreilles, de la courbature, des douleurs dans l'abdomen, de la diarrhée, une épistaxis, enfin un frisson suivi de chaleur et de sueur.

En examinant l'abdomen, qui était sensible et recouvert, dans sa moitié inférieure, d'un réseau de veines variqueuses, on y constate l'existence de deux tumeurs occupant, l'une l'épigastre et l'autre la fosse iliaque droite. La première était mate à la percussion, se déplaçait par des mouvements respiratoires, et présentait quelques bosselures ; la seconde était mobile, résistante ; elle donnait à droite une matité complète à la percussion, à gauche, on y percevait un frémissement hydatique peu distinct. Le malade avait une fièvre brûlante, un peu d'œdème aux pieds, et son urine, faiblement albumineuse, contenait des cylindres fibrineux et des globules sanguins.

Les jours suivants, les tumeurs de la rate et du foie augmentèrent rapidement de volume ; la fièvre toujours intense, s'accompagna d'ictère et d'épistaxis répétées, qui semblent être suivis d'une amélioration sensible. Mais le mieux ne se soutint pas. Le malade, outre des épistaxis, avait parfois des selles sanguinolentes et des crachats striés de sang, presque toujours de la fièvre, et s'affaiblissait de plus en plus. Les tumeurs continuaient à s'accroitre. Le 22 septembre, il survint un fris-

(1) C. A Wunderlich. Fall von Zahllosen Echinococen in der Leber, der Milz, dem Peritoneum, dem Netze, Mesenterium, dem Retroperitonealraume, der Lungenarterie; Perforation des Herzbeutels (Archiv. fur physiologische Heilkunde, 1858, nouv. série, t. II, p. 283. Davaine, Traité des entozoaires, 1860, p. 397.

son suivi de chaleur et de sueur. Le 28, des douleurs vives se firent tout à coup sentir à l'épigastre, s'accompagnant d'une dyspnée intense. L'ictère qui avait cédé, revint, et le malade mourut le 20 octobre, après être tombé rapidement pendant les deux derniers jours dans un collapsus profond.

Autopsie. — Dans une branche de troisième ordre, fournie par l'artère pulmonaire droite et correspondant au lobe inférieur du poumon, il y avait une dilatation cylindrique du volume d'un œuf de pigeon; la cavité de cette dilatation était remplie par une vésicule hydatique qui en oblitérait complètement le calibre, sans toutefois adhérer à ses parois ; cette vésicule avait environ un demi-millimètre d'épaisseur dans sa paroi ; sa surface était lisse, gris jaunâtre ; elle contenait un liquide limpide et ne renfermait point d'autre hydatide. Une bronche qui naissait de l'artère, au devant du point où se trouvait l'hydatide était oblitérée par des caillots sanguins récents ; celles qu'elle fournissait au-delà étaient remplies par des détritus d'hydatides, en masses gris jaunâtre, friables, disposées en couches concentriques. Le tissu pulmonaire où se rendait cette artère n'était pas altéré.

Le péricarde présentait tous les caractères d'une inflammation violente (épanchement purulent abondant, etc.); il communiquait avec une tumeur du volume d'une tête d'enfant, qui occupait le lobe gauche du foie, par une perforation circulaire, dans laquelle était engagée une petite vésicule hydatique ; le diaphragme était perforé. La tumeur du foie était constituée par un kyste central volumineux, qui présentait à sa surface une foule de diverticules et des poches surajoutées, et qui renfermait un liquide purulent, mêlé d'une grande quantité de crochets d'échinocoques et d'un nombre incroyable de vésicules acéphalocystes, des dimensions les plus variées. Le foie était seulement refoulé par la tumeur, qui adhérait au diaphragme et aux parois abdominales.

Une tumeur hydatique occupait l'extrémité supérieure de la rate.

Trois autres tumeurs dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal depuis le diaphragme jusqu'au milieu de l'estomac.

Six tumeurs semblables, dans le grand épiploon, une autre soulevait le cæcum, une dans le mésorectum. Plus d'une cinquantaine dans le mésentère en grande partie desséchés de volume variable.

Reins volumineux et hypérémiés ; les autres organes ne présentaient rien de remarquable.

Obs. XLII. (Moissenet). Kyste hydatique du poumon (lobe inférieur droit). (1).

Il s'agit d'un malade qui entra dans le service de M. Moissenet, à l'hôpital Lariboisière, janvier 1858.

Il est âgé de 38 ans, sa mère est morte phthisique; il habite Paris

(1) Dr Moissenet. Bull. soc. anat. p. 391, 1858.

dans un endroit peu aéré et éclairé toujours au gaz. Il y a quinze mois, commence à tousser, sans cracher de sang, il a beaucoup maigri, a perdu ses forces et est épuisé par une diarrhée abondante, depuis un mois il est alité.

Etat actuel : face pâle, amaigrie, toux fréquente, expectoration muqueuse, mêlée de quelques crachats opaques et peu abondants, mais très-fétides, exhalant une odeur de gangrène.

A gauche, la percussion et l'auscultation ne font rien découvrir d'anormal.

A droite, sous la clavicule, matité, puis sonorité ; plus bas, nouvelle matité qui descend jusqu'à 2 ou 3 centimètres au-delà des fausses côtes. Respiration presque pure dans la partie sonore et nulle dans les points où la matité existe En arrière du côté droit, sonorité dans toute l'étendue du poumon ; à la base, par reprise, on perçoit un souffle profond non constant. Appétit presque nul, haleine très-fétide, diarrhée abondante, jamais de sang dans les crachats. Diagnostic : phthisie accompagnée de gangrène des petites bronches.

Autopsie. — Rien de spécial au poumon gauche.

A droite, le poumon ne s'affaisse pas ; adhérences aux parois thoraciques. Le lobe inférieur incisé, on voit qu'il est presque entièrement détruit par un kyste hydatique plus gros que les deux poings réunis. Toute la partie antérieure et inférieure du poumon est réduite à une sorte de mince coque fibro-cartilagineuse, dure, imperméable à l'air, sans communication avec aucun autre organe, ceci explique la matité et l'absence de murmure vésiculaire observée durant la vie. En arrière, il existe une certaine étendue de tissu sain, expliquant la sonorité trouvée.

Obs. XLIII. (Budd). Hydatides dans le sommet du ventricule droit du cœur, dans l'artère pulmonaire et dans le poumon gauche (1).

Sarah Sheppart, d'une forte constitution et d'une excellente santé, âgée de 23 ans, fut admise dans King's College Hospital, le 23 décembre 1857.

Elle raconta que sa santé avait toujours été bonne jusque dans ces dernières années ; mais elle fut atteinte, il y a quatre ans, d'une pleurésie compliquée, à ce qu'on supposait, d'une inflammation des reins, et depuis ce moment elle avait constamment été tourmentée par de la toux, par de la dyspnée et par des palpitations.

Deux ans avant son admission à l'hôpital, elle eut une seconde at-

(1) Transactions of the pathological Society of London, 1859, vol. X, p. 80, in Medical Times and Gazette London, 1858, p. 54, n. 420. Traité des entozoaires, par C. Davaine, Paris, 1860, p. 501 et dans la thèse des Kystes hydatiques du cœur. Louis de Welling, Paris, 1872, p. 30.

taque de pleurésie. Sa santé s'altéra et sa toux était accompagnee d'une expectoration muqueuse, souvent striée de sang. Neuf jours avant son admission à l'hôpital ses jambes enflèrent.

A son entrée à l'hôpital, elle se plaignit de toux, de dyspnée, et ses pieds étaient légèrement œdémateux. Pendant qu'elle était couchée, elle ne ressentait aucune douleur, aucun symptôme appréciable, mais le moindre mouvement causait une dyspnée considérable. Sa toux était très-pénible et accompagnée de crachats muqueux, les uns clairs, les autres opaques et quelquefois striés de sang. A l'auscultation, on entendait un bruit de râpe systolique à la base du cœur, se propageant un peu à droite. L'impulsion du cœur était faible et le pouls petit. Il y avait de la crépitation en arrière dans les deux poumons.

L'urine renfermait un dépôt d'urates et une petite quantité d'albumine.

On constata, le 28 décembre, que le bruit systolique anormal du cœur était bien moins rude; le 30 décembre, on n'entendit plus de bruit anormal. Depuis ce temps jusqu'à la mort de la pauvre femme, quoique j'aie souvent ausculté le cœur dans ce but, je n'ai jamais entendu aucun bruit morbide avec les battements du cœur.

Le 9 janvier, la malade expectore presque la moitié d'une pinte de sang mêlé à du mucus; le 27 janvier, elle en expectore de nouveau une quantité considérable. Elle était constamment tourmentée par de la toux et de la dyspnée, et elle expectorait des crachats muqueux généralement striés de sang. Elle quitta l'hôpital le 21 février; mais la difficulté de respirer s'était beaucoup accrue, et à cause de la possibilité d'une nouvelle hémoptysie, elle venait à l'hôpital le 3 mars.

Le 14 mars, l'œdème des jambes, qui avait disparu pendant quelque temps, était revenu. L'urine ne renfermait pas d'albumine.

Le 12 avril, la malade se plaignait beaucoup de douleurs lancinantes dans le côté droit de la poitrine. A partir de ce moment, elle se plaignit fréquemment d'une douleur intense à la région précordiale. Cette région était mate à la percussion, extraordinairement augmentée: mais on n'y entendait pas de bruit anormal. L'impulsion du cœur était assez forte, et son action était en géneral régulière. L'œdème des jambes augmenta et il survint de l'ascite; la respiration était devenue extrêmement difficile, et la malade expira le 4 juin.

Autopsie. — Les deux poumons étaient unis à la plèvre costale par d'anciennes adhérences. Le péricarde contenait environ une once de liquide séreux; en arrière, ses parois étaient unies par d'anciennes adhérences. Le cœur avait une forme très-irrégulière : il était aplati en avant et bombé en arrière. Sa forme régulière tenait à un kyste hydatique de la grosseur d'une orange, situé dans le sommet du ventricule droit et faisant saillie dans sa cavité. L'oreillette et le ventricule droits étaient remplis de sang coagulé, les cavités du cœur gauche étaient saines. Point d'altération des valvules.

On trouva une hydatide petite et flasque attachée à la face postérieure de la valvule tricuspide.

Dans l'artère pulmonaire, immédiatement au-dessus des valvules, on en trouva une autre intacte, ayant plus d'un demi-pouce de diamètre ; et, dans le tronc de cette artère, avant sa subdivision, il y en avait quelques autres plus petites. En suivant les branches de l'artère pulmonaire, on découvrit plusieurs amas d'hydatides et des vésicules hydatiques affaissées qui avaient un diamètre de 1/8e à 1/4 de pouce. Ces hydatides étaient exclusivement situées dans le poumon gauche, et surtout dans son lobe supérieur; on trouva un seul petit amas de ces vésicules dans le centre du poumon, et une seule hydatide dans le lobe inférieur. Les amas d'hydatides étaient enveloppés de fibrine pâle coagulée, et n'étaient pas renfermées dans des poches organisées. Les lobes inférieurs des deux poumons étaient carnifiés ; mais, néanmoins, ils crépitaient encore un peu sous les doigts. Les veines pulmonaires et les bronches ne contenaient pas d'hydatides.

Le cerveau, les organes situés dans la cavité abdominale, les principaux troncs veineux des extrémités inférieures furent examinés avec le plus grand soin, mais on ne rencontra pas d'autres altérations qu'une dégénérescence graisseuse légère du foie, un peu d'irrégularité à la surface du rein droit et une congestion dans le système veineux en général. En examinant une des petites hydatides trouvées dans l'artère pulmonaire, j'y rencontrai des échinocoques fort bien développées. La tumeur hydatique située au sommet du cœur était remplie d'hydatides, et il était évident que les hydatides qui furent trouvées dans le ventricule droit et dans l'artère pulmonaire étaient sorties de cette tumeur.

Obs. XLIV. (Wallmann) (1).

Anna K..., âgée de 34 ans. En été 1857, elle était atteinte de fièvre et d'un point de côté à droite ; toux avec crachats muqueux ; elle se remit assez vite.

En 1859, elle devient enceinte ; après l'accouchement qui se fit assez bien, elle retombe malade avec les mêmes symptômes que ci-dessus ; dyspnée et toux pénibles. Matité en avant et en arrière dans la partie inférieure du thorax à droite. On diagnostique une récidive de pleurésie à droite.

Les diurétiques amenèrent quelque amélioration ; la matité ne diminua que fort peu. La douleur augmenta malgré la bonne apparence extérieure dans la moitié droite du thorax, et on remarque une déviation à gauche de la colonne vertébrale. Après un long traitement elle quitta l'hôpital en février 1861 ; en mars, les mêmes symptômes se reproduisirent ; douleurs vives dans le septième et huitième espace intercostal

(1) Wallmann (H.), Wien méd. Wochenbl, Bd. XVII, N° 26, 1861.

à droite. On y perçoit de la fluctuation sans rougeur. La douleur et les fluctuations disparurent après quelques semaines.

Fièvre hectique, mort en juin 1861.

Autopsie, — Diaphragme bombé du côté de l'abdomen à droite. Dans la plèvre gauche, 1 livre d'un sérum clair jaunâtre; poumon gauche sain; poumon droit adhérent. Lobe supérieur épaissi; le moyen et l'inférieur réduits à une membrane refoulée en avant; tissu atrophié. Entre la face postérieure du poumon et la plèvre s'étendant du milieu du bord supérieur du lobe moyen jusqu'à la base (de la deuxième à la huitième côte), un sac allongé à parois épaisses renfermant un sac albumineux mince, friable, qui contient un liquide trouble, blanchâtre et visqueux. Sur la surface interne, points jaunes formés de graisse, de masses calcaires et de couronnes de crochets. Entre le sac et le tissu pulmonaire atrophié on distingue bien une couche de plèvre.

Cœur déplacé à gauche, foie en bas.

Pour le reste rien de particulier.

Obs. XLV. (Wallmann) (1).

J. B..., artilleur âgé de 23 ans, arrive mourant à l'hôpital; on croyait à une pneumonie.

Autopsie. — Poumon gauche adhérent, le lobe supérieur splénisé. Entre la partie postérieure de ce lobe et la plèvre, du sommet à la base, sac arrondi, allongé, dont la face externe est intimement adhérente au poumon et à la plèvre, la face interne assez lâchement adhérente à un autre sac, en d'autres termes, le premier sac en contient un deuxième, dont la membrane albumineuse est mince, blanche et facile à lacérer. Le sac interne renferme un liquide peu dense, visqueux et quelques vésicules. C'est une grande vésicule d'acéphalocystes. Le lobe inférieur gauche présente les signes d'un catarrhe bronchique. Catarrhe chronique et emphysème du poumon droit. Cœur déplacé vers la gauche, hypertrophie et dilatation du ventricule gauche ainsi que du cœur droit, rétrécissement de l'artère pulmonaire. En outre rétrécissement de toutes les grosses artères. Rien de spécial ailleurs.

L'auteur fait ressortir l'importance de ces deux observations au point de vue du diagnostic; on pouvait, en effet, confondre ici avec des exsudats pleuraux enkystés; le diagnostic devient plus facile quand un pareil kyste vient à communiquer avec une bronche et que son contenu est rejeté à l'extérieur, ou détermine un pneumothorax ou

(1) Wallmann (H.), Wien. med. Wochenbl, Bd. XVII, N° 26, 1861.

même s'écoule par une perforation de la poitrine, ou enfin est évacué par une paracentèse (au cas où l'on suppose avoir à faire à un exsudat pleurétique chronique).

Dans les deux cas en question, les hydatides se sont développées primivement sous la plèvre et en comprimant les poumons ont continué à s'accroître. Il me semble, dit l'auteur, que dans la plupart des cas où il s'agit de la présence de vésicules d'échinocoques et particulièrement de sacs d'acéphalocystes dans les poumons, la maladie ne débute pas dans les poumons mêmes, mais sous la plèvre costale, c'est-à-dire que le germe s'est trouvé tout d'abord dans les muscles intercostaux ou dans le diaphragme.

Quiconque veut se donner la peine de préparer avec soin et précaution de pareils kystes pulmonaires, reconnaîtra nettement la délimitation entre la plèvre et l'enveloppe propre du kyste, et distinguera aisément le kyste du lobe pulmonaire atrophié.

Je ne nie pas que des vésicules d'échinocoques puissent se présenter dans le parenchyme même des poumons. Je veux seulement mettre en lumière ce fait que, dans un grand nombre de cas, le développement des échinocoques et par conséquent la production de kystes d'acéphalocystes prend naissance sous la plèvre costale et diaphragmatique, c'est-à-dire dans les muscles intercostaux et le diaphragme (1).

Obs. XLVI. (Roger). Kyste hydatique intra-thoracique ; évacuation spontanée et persistante par les bronches de vésicules hydatiques en nombre considérable. (2).

Mlle R..., auprès de laquelle je fus appelé en juillet 1861 par le Dr Lyon, est une fille de 15 ans, non menstruée, d'une apparence délicate, très-amaigrie, au teint brun pâle, jaunâtre et comme cachectique depuis deux mois.

Ce fut au mois d'avril dernier que l'on commença à se préoccuper

(1) Wallman (H.), Wien. med. Wochenbl, Bd. XVII, 1861.
(2) Roger (H.), Union médicale, 1861, p. 308.

d'une petite toux, sèche d'abord, qui existait déjà depuis quelque temps; cette toux était fréquente, pénible, quinteuse, analogue à celle de la coqueluche; elle était accompagnée, par intervalles, d'une expectoration particulière « semblable à des coques de gros raisins » (souvenir et comparaison qui revint plus tard au père), et dont la nature ne fut reconnue qu'à une période ultérieure de la maladie. A cette époque il y eut de la fièvre, de la dyspnée, de l'amaigrissement, et un de nos confrères, praticien des plus expérimentés, appelé en consultation, diagnostiqua une pleurésie chronique avec tubercules probables; les signes physiques et les symptômes légitimaient cette erreur; il conseilla une saison à Luchon et pendant l'hiver le séjour dans un climat chaud.

A Luchon, la jeune fille, dans une crise d'oppression et de toux avec fièvre, rendit par la bouche une quantité abondante de matières que le Dr Lambron reconnut pour des hydatides, il en évalua le nombre à 30 ou 40.

Après cette évacuation par les bronches, il y eut une amélioration sensible, et la santé devint presque satisfaisante. En mai 1861, il y eut un retour des accidents et elle revint à Paris; des phénomènes cachectiques, la fièvre, une petite toux sèche avaient reparu, et des hydatides se montraient souvent (une ou deux fois par semaine) dans les crachats qui étaient souvent muco-purulents. Tels sont les renseignements qui me furent transmis par le Dr Lyon. Les jours précédents des hydatides avaient encore été rendues, et le père estimait à 300 au moins le nombre de celles qui avaient été évacuées depuis le début de la maladie.

État actuel. — Le facies présente une altération assez notable, le teint est d'une pâleur légèrement jaunâtre, sans qu'il y ait cependant trace d'ictère, ni aux sclérotiques, ni dans les urines, qui n'ont jamais présenté de coloration bilieuse, ni de dépôt rougeâtre.

La jeune fille qui ne peut, au lit, rester couchée que la tête et le tronc relevés, et inclinés du côté malade (côté droit), le décubitus sur le côté sain n'étant pas possible, passe le plus grand nombre d'heures qu'on le lui permet assise habillée dans un fauteuil, le tronc porté en avant comme les asthmatiques. En outre, la respiration est haute, assez rapide, avec légère dilatation des ailes du nez; elle s'exécute d'ailleurs sans douleur; la toux est très-fréquente, tantôt sèche et tantôt avec expectoration de muco-pus mêlé parfois de sang ou de sanie, et, ces jours derniers encore de débris d'hydatides.

A l'inspection, la poitrine est manifestement saillante en bas du côté droit, comme dans les cas de pleurésie; le palper est douloureux dans les régions sous-mammaire et hépatique, sans qu'à la percussion le foie paraisse augmenté de volume, sans qu'il dépasse de plus d'un travers de doigt le rebord des fausses côtes. Il y a également de la douleur dans l'épaule droite.

Par la percussion du thorax, on constate une matité notable dans les deux tiers inférieurs du côté droit, matité dont le niveau est à peu de chose près égal en avant et en arrière, et qui en bas se confond avec la matité hépatique.

Impossible d'obtenir le frémissement hydatique.

Dans ce même côté, la respiration vésiculaire est absente; il y a silence complet; au sommet seulement et au niveau des grosses bronches, le murmure est rude et même bronchique; ni les fortes inspirations, ni la toux ne font percevoir aucune espèce de râles.

Du côté gauche, la sonorité est normale, et le bruit vésiculaire exagéré.

Le pouls est de 110 à 120; la peau sèche, et plutôt froide que chaude, par intervalles des frissons et des redoublements; déjà la fièvre est hectique.. L'appétit est diminué; il y a depuis quelques jours de la diarrhée, pas d'hydatides dans les selles.

Sous l'influence des inspirations iodées ou camphrées, on constata une amélioration momentanée, mais qui ne se soutint pas. Quatorze jours après, même état; l'expectoration de vers vésiculaires continue en abondance, et les crachats étaient mélangés de pus et de sang.

Le 27, je fus appelé de nouveau; la petite malade avait eu des accès de suffocation terminés par une vomique; elle avait rendu plus d'un demi-verre de pus sanieux; la poche, loin d'en être diminuée, paraissait avoir augmenté, et, en avant de la poitrine (la seule région qu'il nous fût possible d'explorer, et encore très-incomplètement), la matité remontait à droite presque jusqu'à la clavicule.

La respiration était haute, anxieuse, avec dilatation notable des ailes du nez; l'enfant était abattue, dans un demi-coma, et affaissée dans son lit, sans qu'elle voulût seulement se soulever pour l'examen; le pouls était filiforme, la peau terreuse et cyanosée, couverte d'une sueur visqueuse, les extrémités se refroidissaient.

Elle est morte une heure après notre départ.

Obs. XLVII. (Ollivier). Kystes hydatides du poumon et du foie (lobe moyen du poumon droit). (1).

Le nommé C... Jules, garçon marchand de vin, âgé de 19 ans, entre dans le service de M. Gubler, à l'hôpital Beaujon. Il est malade depuis six semaines, et on ne sait à quelle circonstance attribuer sa maladie; son ventre est distendu par un épanchement liquide considérable, et c'est pour cela qu'il entre à l'hôpital.

Symptômes. La face est pâle, les paupières inférieures sont plombées, sans œdème, la respiration paraît facile, chaleur normale, inappétence, selles régulières, pas d'ictère. Il existe de l'œdème peu

(1) Bull. de la soc. anat., juillet 1861. R. Ollivier.

marqué aux membres inférieurs. Le liquide contenu dans l'abdomen se déplace lentement par des changements de position. Impossible de préciser les limites du foie à cause du liquide qui donne lieu à une matité considérable vers les hypochondres. Rien d'anormal au cœur ni aux poumons, quelques râles muqueux à la base à droite.

Le ventre et la région des reins sont sensibles à la pression.; une douleur sourde par moments au niveau des fosses iliaques. Les urines sont troublées et contiennent une grande quantité d'albumine, des globules sanguins déformés, des débris d'épithélium, des tubes de Bellini et des concrétions albumino-fibrineuses. M. Gubler diagnostique une néphrite albumineuse aiguë, compliquée de péritonite subaiguë.

Le 8 juillet, le malade a vomi deux fois des matières bilieuses; pouls à 100; il est petit, extrémités refroidies, légèrement cyanosées: ces symptômes se prononcent davantage et la mort arrive le 11 juillet au milieu des vomissements.

Autopsie. On trouve les lésions de la péritonite chronique non tuberculeuse. Le foie et le poumon contiennent chacun un kyste hydatique; celui du foie, plus rapproché de sa face inférieure que de sa face convexe, s'est développé aux dépens de ses deux lobes; il a laissé échapper la poche hydatique qu'il contenait, celle-ci est venue se rendre dans le petit bassin au niveau du cul-de-sac vésico-rectal. Le kyste du poumon droit s'est développé dans son lobe moyen; à la coupe, on peut voir que la paroi du kyste est formée par les éléments fibreux et vasculaire de ce lobe atrophié; ces éléments se sont condensés, indurés et infiltrés de lymphe plastique.

Ce kyste contient une hydatide de la grosseur d'une orange dont les parois sont blanches, épaisses et friables; la face interne de la poche est finement granuleuse; ces granulations sont formées par de très-petites vésicules; on les rencontre aussi en très-grand nombre dans le liquide clair et incolore de l'hydatide, liquide non-coagulable par la chaleur, et à peine rendu opalescent par l'acide nitrique. Ces vésicules à la face nterne de la poche hydatique étaient des échinocoques, on y trouve également dans le liquide une grande quantité de crochets libres.

Reins fortement congestionnés et hypertrophiés.

Rien ailleurs.

Obs. XLVIII. (Dowling). Kyste hydatique du poumon gauche (lobe inférieur). (1).

Fitzgerald W... âgé de 42 ans, commis, admis le 7 octobre 1867 dans le service de M. T. Dowling.

Cet homme est fort, robuste et bien constitué.

Il entre à l'hopital pour une toux avec expectoration muco-purulente

(1) Dowling, Austral. Med. journ., 1864, p. 105.

et une hémoptysie. Le diagnostic porté fut celui de la phthisie pulmonaire.

Le malade raconte qu'il y a quatre mois, il a eu une première hémoptysie suivie d'une expectoration muco-purulente, laquelle était fréquemment striée de sang. Au moment de son admission à l'hôpital, il avait encore l'apparence de la santé; il paraissait assez vigoureux, conservait son embonpoint et ne présentait nullement l'aspect d'un tuberculeux.

Il avait toutes les trois ou quatre semaines une hémoptysie légère; la quantité de sang rendu était peu considérable, mais il était rutilant, et les jours suivants l'expectoration muco-purulente (persistant pendant toute la durée de la maladie) était légèrement colorée en rouge. Chaque hémoptysie était précédée par un sentiment de gêne dans le poumon gauche et de bouillonnement sous l'omoplate gauche. Après l'hémorrhagie, tous les symptômes se modèrent pendant quelques jours.

L'examen de la poitrine ne donna pas signe de tubercule. On entendait pourtant toujours des râles sous-crépitants à grosses bulles dans tout le poumon gauche, plus prononcés vers la base, et par intervalle en avant et en bas des gargouillements qui faisaient penser à la présence d'une cavité.

L'impulsion cardiaque avait diminué de force, mais il n'existait pas de souffle.

Le foie élargi, mais non sensible au toucher.

La santé du malade pendant l'intervalle des hémorrhagies était satisfaisante, l'appétit était bon et il se promenait. Le traitement fut dirigé contre les hémoptysies et contre l'affaiblissement du malade.

En juillet, pendant une hémoptysie, il cracha les débris d'un kyste hydatique, et à deux ou trois reprises de nouveaux débris furent rendus; jamais on n'a trouvé d'échinocoques dans les crachats.

Au mois de septembre on nota des palpitations cardiaques, de la douleur et un sentiment d'oppression dans cette région, mais jamais de souffle.

En novembre. Douleur et sensibilité dans la région hépatique, des vomissements et d'autres symptômes de dyspepsie.

La peau devenait jaunâtre.

Le sentiment de gêne et de douleurs cardiaques augmentèrent d'intensité. Les vomissements furent plus fréquents et la mort arriva le 26 juillet.

Autopsie. Émaciation pas aussi prononcée qu'on l'aurait cru, vu la longue durée de la maladie.

Cœur hypertrophié, mou et pâle. Péricarde adhérent partout au cœur par des fausses membranes anciennes et récentes. Rien aux valvules.

Poumon droit sain.

Le poumon gauche était d'un rouge pâle et paraissait condensé, comme s'il avait été dans un état d'inflammation chronique. Pas de tubercules

au sommet ni ailleurs. La congestion augmente et le poumon est plus dense vers la base. Au centre du lobe inférieur, se trouve une cavité de la forme et de la dimension d'un gros citron contenant du sang, et les débris d'un kyste hydatique. Les parois de cette cavité étaient indurées et résistantes, mais ne présentaient pas de membrane adventice.

Foie hypertrophié, pâle et présentant des signes de dégénérescence graisseuse. Reins et rate sains.

Obs. XLIX. (Peacock). Hydatides du foie, de la rate, du rein droit, de l'épiploon, du cœur et des poumons. Muscle psoas à gauche (1).

Voici l'observation d'un marin âgé de 18 ans, qui entra à l'hopital Saint-Thomas, service du Dr Peacock.

Le premier symptôme éprouvé par le malade fut une douleur généralisée aux deux côtés de la poitrine, puis vint un gonflement de l'hypochondre droit, et plus tard, de toute la région abdominale; en même temps la respiration était gênée et il y avait de la toux accompagnée d'expectoration.

L'examen des régions tuméfiées révélait à leur niveau l'existence de tumeurs volumineuses en connexion avec le foie.

Le décubitus dorsal était impossible, le malade ne pouvait reposer que sur le côté droit.

Le côté droit de la poitrine était mat à la percussion; on entendait des rhonchus partout. En ce moment le malade expectorait une grande quantité de pus sanguinolent et plus tard, on trouva à diverses reprises des débris hydatiques dans ses crachats.

Autopsie. Les deux poumons étaient reliés en arrière aux parois thoraciques par de nombreuses adhérences ; au milieu de leur tissu se trouvaient plusieurs kystes hydatiques du volume moyen d'un marron. Les bronches renferment du pus. Les poumons sont diminués de volume par la voussure que forme le diaphragme dans la cage thoracique.

Dans le ventricule gauche du cœur existe un kyste hydatique flétri.

Le foie est énorme, sans adhérences aux parois abdominales; il contient un grand nombre de kystes hydatiques. On rencontre aussi de nombreux kystes dans la rate, dans le muscle psoas du côté gauche et dans le muscle iliaque du côté droit.

Pas de jaunisse.

Obs. L. (Williams). Kyste hydatique de la plèvre (côté gauche). Thoracentèse. Ouverture spontanée du kyste dans les bronches (2).

Un paysan âgé de 25 ans, entra à l'hopital de Norfolk pour une vaste tumeur qui faisait saillie du côté gauche de la poitrine.

(1) Peacock, Transactions of the Pathological Society, vol. 15, 1864.
(2) Williams, Lancet, 1864, p. 632, vol. II.

A la percussion, on trouve de la matité à gauche dans toute l'étendue du poumon, dans ces mêmes régions les vibrations vocales étaient supprimées ; rien d'anormal à droite.

Le malade était dans un état d'amaigrissement et d'affaiblissement profonds. Il y a un an que les premiers symptômes se sont dévoilés, sous forme d'hémoptysie et de toux persistante et fatigante. La tumeur s'est montrée il y a environ six mois. Peu après son entrée, une large incision fut faite dans la tumeur, il s'échappa une grande quantité de pus, des hydatides flétries de différentes grandeurs et dont quelques-unes contenaient un liquide purulent. Presque immédiatement après l'incision, le malade éprouva des envies de vomir, les efforts produisirent une évacuation rapide de pus et de kystes hydatiques à travers l'ouverture, bientôt suivie du passage de l'air, ce qui montra qu'il existait une communication avec les bronches ; peu après il expectora des hydatides.

L'état du malade s'améliora momentanément, mais il mourut peu de temps après.

A l'autopsie, on trouva le poumon droit sain ; le poumon gauche était fortement comprimé contre les vertèbres dorsales et réduit à la dimension d'un rein. La cavité pleurale était tapissée d'une membrane pyogénique épaisse et contenait une pinte de pus fétide.

On trouva sur la surface convexe du lobe gauche du foie qui avait contracté des adhérences avec le diaphragme, une tumeur contenant deux kystes hydatiques volumineux mais flétris.

Obs. LI. (Besnier). Acéphalocystes du poumon et du foie (lobe inférieur droit) (1).

M. Besnier raconte l'histoire d'un malade qui est entré à l'hôpital pour une douleur vive à la région hépatique, des vomissements fréquents, et une teinte ictérique. Facies un peu anxieux, pas d'amaigrissement, pas de trouble du côté de la respiration.

Diagnostic. — Calculs biliaires. Huit jours après, des frissons, on craint la formation du pus. Six jours plus tard, respiration accélérée, toux fréquente, expectoration muco-purulente ; de la matité en arrière droite, conservation des vibrations thoraciques, souffle intense avec quelques râles dans l'inspiration. Quatre jours plus tard, des signes de péricardite ; quatre jours après, même état des organes pulmonaires.

Mort le 19 juillet.

Autopsie. — Un kyste hydatique au foie, et un autre à la base du poumon droit.

(1) Besnier, Bull. soc. anat., p. 315, 1864.

Obs. LII. (Mac Gillivray). Kyste hydatique du foie et de la plèvre (1).

Éliza S..., âgée de 25 ans, entrée le 7 juillet dans le service de M. Mac Gillivray, Bendigo-Hospital. Morte le 13 juillet. Cette malade est entrée pour une tumeur volumineuse, tendue et fluctuante, située dans l'hypochondre droit et s'avançant vers l'hypochondre gauche. Elle éprouvait de la dyspnée, de la toux, sa gorge était atteinte d'ulcérations diphthéritiques. Tout le côté gauche du thorax était mat à la percussion. A cause de l'extrême oppression, on fit immédiatement la ponction et une quantité considérable de liquide hydatique contenant des échinocoques fut évacuée (une pinte). Une amélioration momentanée s'en est suivie, mais elle est morte deux jours après.

A l'autopsie, on trouva, outre le vaste kyste du foie ponctionné, un autre kyste presque aussi considérable, occupant la partie postérieure gauche du thorax, et presque tout le reste de ce même côté rempli par un empyème qui avait achevé la compression et le déplacement du poumon et du cœur.

Obs. LIII. Kystes hydatiques dans le poumon, le foie et les reins (2).

Le nommé J. H., âgé de 39 ans, cocher, mais autrefois mineur, entre dans le Benevolent-Asylum (Victoria), service du Dr Martin, le 11 janvier 1865. Il est en Australie depuis onze ans; il y a deux ans qu'il souffrait du foie. Ce malade se plaint de toux et de dyspnée. et de temps en temps de violentes palpitations cardiaques. Il a eu plusieurs hémoptysies. L'expectoration est muco-purulente. A l'examen de la poitrine, on trouve des signes de cavités dans les deux poumons.

Le foie déborde les fausses côtes, et le malade accuse des douleurs dans la région hépatique.

Le soir du 12 janvier, il expectora une grande quantité de fluide transparent, légèrement coloré par du sang, et il mourut.

Autopsie. — Rien à noter au cerveau.

Poumon droit sans adhérences, mais le poumon gauche était fermement uni aux parois thoraciques par des adhérences anciennes et très-résistantes. En faisant une incision dans le poumon droit, on le trouva creusé d'une vaste cavité contenant un kyste hydatique plein d'un liquide transparent dans lequel nageaient d'autres petits kysles.

Dans le poumon gauche, on trouva également une grande cavité, le reste du poumon était farci de tubercules.

Cœur hypertrophié.

Foie hypertrophié et congestionné, un kyste hydatique se trouve sur sa surface antérieure.

(1) Mac Gillivray, Austral. Médical journal, 1865.
(2) Martin, Austral. Med. journal, 1865.

Les deux reins sont congestionnés et chacun contient un petit kyste hydatique.

Obs. LIV. (Mac Gillivray) Kyste hydatique du poumon droit (1).

Nana-Meah, âgé de 63 ans, originaire de l'Inde, mineur, entre le 4 mai 1866, dans le service de M. Mac Gillivray, Bendigo-Hospital.

On trouva de la matité du côté droit de la poitrine, et la respiration ne s'étendait de ce côté que dans la partie supérieure.

Poumon gauche sain.

Impossible d'obtenir des renseignements satisfaisants sur son état antérieur. Par moments, il paraissait peu souffrir ; dans d'autres, il avait des accès de toux et des hémoptysies. On croyait à une pleurésie avec épanchement, le traitement fut dirigé dans ce sens.

Il a présenté les signes d'une bronchite à gauche pendant quelque temps. Par reprises sa santé paraissait s'améliorer. Trouvant pourtant que la matité et que le défaut de murmure respiratoire persistaient, on fit au mois de septembre une ponction avec un trocart fin ; il s'écoula 52 onces de liquide transparent contenant des échinocoques. Une amélioration notable s'en est suivie, elle dura pendant une quinzaine de jours. La dyspnée alors est revenue, des frissons, et par moments une expectoration filante, abondante, d'une odeur affreuse. La matité toujours très-prononcée du côté droit, particulièrement dans la région de l'aisselle. Au sommet droit, le murmure respiratoire s'étendait assez bien, en arrière et en avant, il était évident qu'une partie du poumon fonctionnait encore entre le kyste et la plèvre. Son état s'aggravant, on réintroduit un trocart capillaire en plusieurs endroits pour reconnaître la nature du kyste, mais il ne s'échappa rien qu'un peu de sang. Mort subitement le 15.

Autopsie. — On trouva un kyste occupant la plus grande partie du poumon droit, le sommet seul était sain. Il existait tout autour du kyste une mince couche de tissu pulmonaire. Le contenu du kyste était visqueux et renfermait plusieurs kystes de différentes dimensions.

Obs. LV. (Darbez). Hydatides du poumon et du foie (1).

Mlle R., âgée de 14 ans, anémique, a toujours été d'une santé délicate, bien que née de parents robustes. Quoique d'une faible constitution, elle n'a jamais eu d'hémoptysies, mais éprouvait une gêne dans la respiration, des troubles continuels dans ses fonctions digestives. Depuis trois ans, elle se plaint de douleurs dans l'hypochondre droit, où l'on observe une tumeur arrondie, fluctuante, s'avançant vers l'épi-

(1) Mac Gillivray, Austral. Med. journal, 1867.
(2) Union médicale, 1866. Darbez (E).

gastre, et ayant acquis la grosseur d'une tête de fœtus à terme. Le peau qui la recouvre présente sa coloration normale. La percussion donne un son mat et augmente la douleur. Pas de frémissement hydatique.

L'examen de la poitrine montre que le côté droit est un peu plus développé que le gauche, et que les espaces intercostaux sont effacés. Une matité absolue remplace la sonorité normale dans toute l'étendue du poumon droit. L'auscultation ne permet de constater aucun bruit, pas même le moindre murmure vésiculaire. En un mot, cette jeune fille présente tous les signes d'un épanchement considérable du côté droit; développement du thorax de ce côté, matité absolue, etc.

La respiration du côté gauche est normale dans l'étendue du poumon. Aucun fragment d'hydatide n'a été rejeté par l'expectoration.

Mlle R., ayant succombé à un accès de suffocation la nuit du 15 au 16 août, on fit le 27 l'autopsie. L'ouverture de la cavité abdominale met à découvert une tumeur placée dans la région hypochondriaque droite, d'un volume d'une tête de fœtus à terme. A l'incision il s'écoula environ 2 litres 1/2 d'un liquide citrin. Nous étions en présence d'un kyste hydatique du foie. Il était placé à la face convexe du foie, le kyste adventif adhère par son pédicule au lobe droit, au ligament suspenseur et à la face inférieure du diaphragme. Je ferai remarquer qu'il n'existe aucune communication avec la cavité thoracique. Le foie est atrophié par suite de la compression exercée sur lui par la tumeur. A la face inférieure du foie se trouve une autre hydatide grosse comme une poire.

A l'examen de la cavité thoracique dont le côté offre un développement anormal : au centre même du poumon droit, qui a été fortement repoussé et comme comprimé de toutes parts, existe une hydatide très-volumineuse qui contient un liquide citrin, ce liquide est tellement abondant (environ 5 litres), qu'il refoule les parois de cette poche hydatide et les met en rapport intime avec la surface interne de la poche kystique, qui elle-même fait corps avec le tissu pulmonaire. Celui-ci a été comprimé avec une telle force, qu'il se présente à nous sous l'aspect d'un tissu induré, très-aminci, puisqu'on peut évaluer son épaisseur qui, du reste, est partout la même, à 1 centimètre. Impossibilité complète d'affirmer où se trouve la division des lobes. Le tissu pulmonaire, vigoureusement aplati contre la paroi thoracique, a contracté, ainsi que les plèvres, des adhérences très-marquées avec elle. Le kyste, analogue à celui du foie, est lisse et uni à sa surface externe, sa surface interne est épaissie en certains endroits, et offre dans ses parois des granulations. Pas de tubercules. Rien ailleurs.

Obs. LVI. (Chvostek). Kystes hydatiques du poumon (1).

Chvostek rapporte un cas d'échinocoques du poumon survenu à la clinique de Duchek et concernant une servante âgée de 31 ans. La durée de la maladie fut d'environ six ans. Les premiers symptômes furent ceux d'une pleurésie, puis vint s'ajouter une dyspnée de plus en plus intense et, dans les derniers mois de la vie, un violent catarrhe bronchique. La fièvre, le marasme et l'hydropisie terminèrent la scène. Les signes objectifs locaux étaient ceux d'un exsudat pleural, d'où provient la difficulté d'établir la diagnostic pendant la vie.

A l'autopsie : Poumon droit presque partout adhérent; lobe supérieur densifié, infiltré d'un liquide séreux à écume fine; lobes inférieur et moyen transformés en un large sac, à minces parois, revêtus d'une membrane blanc bleuâtre, dont la surface interne était recouverte d'une masse granuleuse rude, blanc jaunâtre, avec quelques traînées de tissu conjonctif de nouvelle formation. Dans ce sac se trouvent plusieurs livres d'un fluide trouble, laiteux; absence complète de vésicules filles.

Obs. LVII. (Mac Gillivray). Hydatides du poumon. Ouverture du kyste dans la plèvre (2).

Henry L..., âgé de 46 ans, plâtrier, entre le 17 juin 1866 dans le service de M. Mac Gillivray, Bendigo-Hospital.

On trouve au-dessus du mamelon droit une matité limitée avec absence de murmure respiratoire.

Ce malade a été fréquemment atteint d'accès de toux spasmodique, avec peu d'expectoration, mais des hémoptysies abondantes. La pression sur la partie mate donnait lieu à de la toux.

Diagnostic. — Kyste hydatique du poumon.

Les symptômes restèrent à peu près semblables pendant quelques semaines, les hémoptysies revenant souvent.

Il a été atteint en ce moment d'une pleurésie, l'expectoration devint purulente. On m'a dit qu'à ce moment, l'expectoration contenait quelque chose ressemblant à une peau blanche. Il éprouvait des sueurs froides abondantes, et pendant quelques semaines avant de mourir, il fut affaibli par une diarrhée incoercible. On fut porté à admettre que la maladie du poumon était tuberculeuse.

A l'autopsie, on trouva à peu près une 1/2 pinte de liquide contenant du pus et de la lymphe dans la plèvre droite. Le poumon de ce côté était fortement comprimé. Il existait une communication entre la plèvre

(1) Chvostek, Mittheilungen aus der Klinik von prof. Duchek. Ein Fall von Echinococcus der Lunge. (Oesterr. Zeitschr. f. pract. Heilk. n. 37, 1866.)

(2) Mac Gillivray, Austral. Med. journ., 1867.

et le lobe moyen. Dans ce lobe on trouva une cavité en rapport avec la matité constatée à l'entrée du malade. Un vaste kyste hydatique faisait saillie de la partie postérieure du foie dans la cavité thoracique. Dans le diaphragme presque au centre de la saillie était la cicatrice d'un ancien ulcère. Un second kyste se trouvait dans le foie. Deux kystes dans l'épiploon. Ces quatres derniers étaient remplis d'une matière comme caséeuse.

Obs. LVIII. (Maunsul). Kystes hydatiques du poumon, du foie et de la vessie. Ouverture dans la plèvre du kyste pulmonaire (1).

Peter Grace, âgé de 12 ans, d'apparence tuberculeuse entre à l'hôpital, service du Dr Maunsul. Mars et avril 1868. Il est entré pour une rétention d'urine qui durait depuis trente-six heures. On trouve en effet une matité étendue à la région hypogastrique, et la vessie paraissait fortement distendue. Après beaucoup de difficulté, on introduit un cathéter n° 4, et 16 onces d'urine furent retirées. Les renseignements fournis par la famille nous apprirent que sa santé auparavant excellente était devenue depuis deux ou trois mois chancelante, qu'il était devenu pâle et anémique, et avait notablement maigri. Ce n'était que pendant le dernier mois qu'il avait éprouvé de la difficulté à uriner.

Le 16 du mois, il se plaignait d'une grande irritabilité de la vessie avec envie d'uriner, un catheter fut introduit, pas de signes de calcul. En introduisant le doigt dans le rectum, on sentit une masse qui le remplissait complètement et qu'on prit pour la vessie distendue.

Dix-huit jours après son admission, il fut subitement pris d'une douleur lancinante dans le poumon droit, accompagnée d'une toux sèche. A l'auscultation, on entendait des bruits de frottement. Pouls fort et dur, respiration accélérée et superficielle.

Le 3 du mois suivant, tout le côté droit du thorax était élargi, arrondi, mat et sans mouvement.

Quatre jours après, signes de congestion à la base du poumon gauche. Respiration très-accélérée. Pouls filiforme. Mort.

Autopsie. — L'épanchement pleurétique à droite avait été produit par la rupture d'un large kyste hydatique et l'expulsion de son contenu dans la plèvre.

En ouvrant la poitrine, on trouva que le côté droit était rempli d'un liquide séro-purulent, dans lequel nageait le kyste hydatique rupturé. La plèvre droite épaissie par des fausses membranes. Le poumon était adhérent au diaphragme, et repoussé en arrière et en haut contre le médiastin et la colonne vertébrale.

Signes de congestion à la base du poumon gauche. Un kyste assez considérable remplissait complètement l'excavation pelvienne et s'a-

(1) H. N. Maunsul, Austral. Med. journ., 1868, p. 183.

vançait notablement dans le grand bassin. En avant et en haut se trouvait la vessie, qui était petite et ratatinée. Un troisième kyste se trouvait sur la face inférieure du lobe droit du foie.

Obs. LIX. (Darbès). Kyste hydatique du poumon (1).

M. Darbès lit une observation de kystes hydatiques développés dans le poumon, et présente les pièces qui sont remarquables par le volume des poches hydatiques. En outre, il y avait un kyste de même nature aux environs de la vésicule biliaire, et qui n'avait aucun rapport avec ceux des poumons.

M. Martineau critique la dénomination de kystes hydatiques du poumon donnée par M. Darbès à son observation. Il serait préférable de les appeler kystes de la plèvre, puisqu'ils n'étaient pas enveloppés de toute part par le tissu pulmonaire. Peut-être se sont-ils développés dans un des espaces interlobulaires; on sait, en effet, que c'est dans la plèvre et dans les scissures interlobaires que se trouvent ces tumeurs parasitaires et dans le poumon.

M. Darbès répond qu'autour des kystes on remarquait un tissu parenchymateux d'une épaisseur de 1 centimètre, et que c'était probablement le tissu pulmonaire.

M. Martineau dit qu'en l'absence d'un examen microscopique démonstratif, on ne peut rien affirmer.

Obs. LX. (Scheuthauer). (2).

Le corps est à la fois atteint de cyanose et d'ictère, la partie inférieure du thorax est, à droite, légèrement dilatée. Rien dans le cerveau. Les deux poumons sont adhérents à la circonférence postérieure et inférieure, vers leur périphérie on y trouve des tumeurs du volume d'une noisette à celui d'une noix. Ces tumeurs renferment de la gélatine jaune grisâtre dans des espaces arrondis, espèces d'alvéoles à parois formées par du tissu conjonctif très-épais.

Dans l'abdomen, 10 livres de liquide environ.

Le lobe du foie est occupé par une tumeur, constituée par un tissu conjonctif épais dans lequel se rencontrent des alvéoles, à peu près du volume d'un pois; dans ces cavités se trouve de la gélatine jaune grisâtre, transparente, assez facile à exprimer. Du péritoine qui recouvre le lobe droit du foie part un long cordon de tissu conjonctif, qui se termine par une masse arborescente assez volumineuse. Cette

(1) Bull. soc. anat., 1868, p. 528.

(2) Scheuthauer, Med. Jahrb. Wien, 1867, vol. XIV, p. 48 et Carrière (J.). Thèse, Tumeur hydatique alvéolaire, Paris, 1868, p. 94.

masse est également formée par du tissu conjonctif creusé d'alvéoles qui se trouvent occupées par de la substance gélatineuse. D'autres excroissances semblables apparaissent dans d'autres régions, elles sont appendues au péritoine qui tapisse la paroi abdominale et la surface de l'utérus.

La vésicule biliaire est intacte. Il en est de même des vaisseaux sanguins et lymphatiques de l'abdomen.

Rien de spécial à signaler dans les autres organes.

Au microscope on constate que les tumeurs des poumons, du foie et du péritoine sont formées par du tissu conjonctif fibrillaire ; la gélatine renfermée dans les alvéoles consiste en vésicules arrondies, en partie irrégulières avec des couches nombreuses de chitine et une membrane de parenchyme parsemée de réseaux de tissu conjonctif à larges fibres, et consistant en corpuscules calcaires et en cristaux d'hématine. Quelques-unes des vésicules portaient des têtes de tænia pourvues de couronne de crochets.

Obs. LXI. (Schrötter). Echinocoque multiloculaire du poumon et du foie (1).

Joseph R..., âgé de 29 ans, sommelier à Gaudenzdorf, près Vienne, vient, le 19 décembre 1864, à la clinique du professeur Skoda. Après avoir été toujours bien portant jusqu'à l'âge de 15 ans, il a été atteint à cette époque, sans cause appréciable, d'une inflammation de l'articulation astragalienne du pied droit; cettte maladie a duré plusieurs semaines, présentant des rémissions et des recrudescences. Peu de temps après, il y a environ un an et demi, il se trouvait à la clinique du professeur Oppolzer pour une maladie qui, d'après la statistique, aurait été un ictère simple, mais qui était accompagnée de douleurs dans l'hypochondre gauche; ces douleurs ont cédé à des injections d'atropine. En avril 1862 il est tombé subitement sans connaissance et sans mouvement, et ce n'est que cinq jours après que la connaissance serait revenue, et environ cinq semaines après la possibilité de remuer un peu les membres. Il est enfin arrivé à une guérison complète. Au milieu de janvier 1864, il fut atteint, sans cause appréciable, d'une toux sèche qui s'améliorait tant qu'il prenait des médicaments, mais qui revenait plus violente aussitôt qu'il suspendait le traitement. Au milieu de mai, il cracha pendant longtemps un mucus mêlé de sang, et le 3 août, à la suite d'une attaque de toux plus violente, il expectora une vésicule blanche, du volume d'une noisette. Il entra alors à l'hôpital, service du Dr Kolisko, où il séjourna pendant deux mois, durant esquels il cracha plusieurs fois des vésicules analogues, tantôt isolées, antôt en groupes de deux ou trois, toujours à la suite d'une forte attaque de toux, seulement et toujours avec la sensation qu'elles se détachaient au-dessous de l'omoplate gauche. Ensuite, après être resté

(1) Medizinische Jahrbücher. Wien, 1867, vol. XIV fasc. 4. p. 31. J. Carrière, Thèse, De la tumeur hydatique alvéolaire. p. 98, Paris, 1868.

quelque temps chez lui, il vint à la clinique du Dr Skoda, surtout à cause de l'affaiblissement qui augmentait. Depuis le 3 août jusqu'au 19 décembre, dans environ treize ou quatorze attaques de toux, il a craché en tout vingt vésicules. Il prétend que ce n'est que depuis le commencement d'octobre qu'il a sensiblement maigri. Il souffre depuis peu de chaleurs passagères, avec une transpiration assez abondante.

État actuel. Le corps est d'une structure moyenne ; la constitution assez faible ; il est amaigri ; température augmentée ; la langue assez sèche le cou long et mince ; le thorax long, étroit et plat, également développé des deux côtés ; les espaces intercostaux assez larges, enfoncés ; le bas-ventre n'est pas gonflé, il est souple. L'examen des organes de la poitrine fit constater, au-dessous des deux omoplates, un son qui n'était que modérément plein, plus creux et plus élevé à gauche qu'à droite. Du reste, à droite, en avant et latéralement, le son était clair et plein jusqu'au bord inférieur de la sixième côte ; à gauche, au niveau de la deuxième côte, le son est un peu plus plein, et au bord inférieur de la troisième côte, il se perd dans le son creux du cœur : latéralement, le son est considérablement plus creux. En arrière et à droite, le son plein s'entendait en bas à une largeur de la main au-dessous de l'omoplate. A la pointe du poumon gauche, le son était plus creux qu'à droite et un peu tympanique, ce qui est devenu de plus en plus distinct. A mesure qu'on descendait, le son diminuait de plus en plus de sa plénitude, de sorte que déjà, vers l'extrémité inférieure de l'omoplate, il était devenu complètement creux. A l'auscultation, on entendait dans tout le côté droit, en avant et en arrière, le murmure vésiculaire à l'inspiration, l'expiration prolongée ; mais, en descendant latéralement on constatait des râles mats à grosses bulles, et en arrière, à partir du milieu de l'omoplate, on percevait des râles consonnants abondants, à grosses bulles, avec l'inspiration et l'expiration bronchiques. La matité du cœur ne dépassait pas les limites normales, les bruits du cœur étaient assez faibles, mais purs ; le deuxième bruit dans l'artère pulmonaire un peu accentué.

La matité du foie s'étendait sur la ligne mammaire un peu au-dessous des côtes, en bas. On n'a constaté ni à la région du foie, ni à la région de la rate de résistance ou de sensibilité spéciale, de même que l'examen du reste du ventre ne fit découvrir rien d'anormal.

A la suite d'une toux pénible, le malade expectora des crachats consistant en grumeaux jaune rougeâtre, visqueux, peu aérés, nageant dans le liquide aqueux. L'examen microscopique des vésicules affaissées, blanchâtres, à bords renversés en dedans, que le malade a crachées, fit reconnaître distinctement la stratification caractéristique des vésicules d'échinocoques. On n'a pu trouver ni animaux, ni couronnes de crochets, pas plus que dans les crachats qui consistaient seulement en cellules abondantes de pus et de mucus, suspendues dans un liquide

visqueux. Le pouls, de volume modéré, présentait 80 pulsations à la minute; la respiration était assez accélérée; l'urine, plus foncée qu'à l'ordinaire, n'offrait du reste, rien d'anormal.

Le malade se plaint de douleurs oppressives du côté du thorax, de toux pénible, de céphalalgie, d'une grande soif et d'une grande faiblessse.

Traitement. Morphine, quinine et cataplasmes.

La toux diminue graduellement, de même que la quantité de crachats dont la couleur est devenue de plus en plus claire; depuis le 11 janvier seulement, jusqu'au 20 de ce mois, ils sont devenus rougeâtres, foncés et fétides (l'inhalation de térébenthine n'a pas été supportée); sous le microscope, on a trouvé une quantité notable de fibres élastiques. Deux fois il a expectoré des vésicules affaissées du volume d'une fève, sans attaque notable de toux. La douleur de la poitrine disparut après quelques jours; seulement, de temps en temps, le malade éprouvait pendant une toux violente une douleur fugitive au côté gauche. Il se plaignait seulement d'une sensation de pesanteur à la poitrine et d'une respiration courte.

Les phénomènes de l'auscultation sont restés à peu près les mêmes, la quantité de râles du côté gauche a tellement diminué, que parfois l'on n'entendait plus que l'inspiration et l'expiration bronchiques pures.

A partir du 21 décembre, le malade fut atteint d'une diarrhée abondante, accompagnée de douleurs et de développement du bas-ventre, mais on n'a pas pu saisir si elle était due à un simple catarrhe intestinal ou à une altération plus profonde de la muqueuse de l'intestin correspondant à la phthisie pulmonaire présumée.

Le 2 janvier, le malade se plaignait de ce qu'il n'avait pas de sensibilité depuis quelque temps aux côtés internes et externes des deux jambes, surtout à gauche; on pouvait, en effet, appliquer dans ces endroits des moyens d'irritation assez considérables sans que le malade s'en aperçût; on n'a pas trouvé d'explications pour ces phénomènes (l'autopsie n'a rien appris là-dessus non plus).

Le 24 décembre était survenu un frisson léger, suivi de chaleur; ce frisson, à partir de ce moment. alla en augmentant, de sorte que le plus souvent, le matin et le soir, le malade était atteint de tremblement d'une durée d'environ une heure, suivi de chaleur et de transpiration abondante. Les doses augmentées de quinine n'ont pas réussi; la faiblesse s'est toujours accrue jusqu'à la mort, qui a eu lieu le 24 juillet 1865.

Autopsie, 25 janvier. On a trouvé des tubercules du péritoine, des tumeurs tuberculeuses de l'iléon, une rate indurée augmentée du double de son volume. Le foie, adhérant au diaphragme par des cordons de tissu conjonctif, est dur et anémique; sous le lobe droit, tout près du ligament rond, se trouve une vésicule mère d'échinocoques enkystée

du volume d'une noix; on en trouve aussi une dans le lobe gauche, qui était un peu diminuée de volume ; elle avait la dimension du poing d'un enfant. Elles renferment des vésicules filles endogènes, en partie encore sphériques et en partie affaissées. Au bord antérieur du lobe gauche se trouve un tissu de réseau conjonctif peu distinct, de l'étendue d'une noisette, dont les espaces, de la dimension d'un grain de millet jusqu'à celle d'un pois, renferment des masses calcaires en partie arrondies, en partie ramifiées. Les parois minces de ce réseau se laissaient suivre jusqu'à des cordons solides, qui conduisent enfin à un vaisseau encore ouvert, ayant presque l'épaisseur d'une paille et qui, selon toute apparence, était sa branche vasculaire. Le vaisseau ouvert fut reconnu avec certitude par l'inspection et par la préparation comme étant une branche de la veine porte.

Les deux poumons étaient adhérents dans toute la circonférence à la plèvre costale et au diaphragme ; le lobe supérieur gauche était œdématié, présentant une écume fine et anémique, parsemé d'infiltrations gris jaunâtre, dont la plupart étaient du volume d'une fève. Dans son sommet, il y avait une cavité du volume d'une noix, remplie d'un liquide puriforme, traversée transversalement par une artère non oblitérée, de l'épaisseur d'un fil. Le lobe inférieur gauche est presque complètement vide d'air et rempli en partie par des callosités d'un gris d'ardoise, en partie par des infiltrations d'un gris rougeâtre et jaune caséeux; à son sommet il y a plusieurs cavernes sinueuses, entre autres une cavité dépassant le volume d'une noix, qui communique avec plusieurs bronches et, comme les autres, renferme des restes de grandes vésicules d'échinocoques.

On a trouvé aussi, dans une bronche de premier ordre de ce poumon, une vésicule affaissée d'échinocoques entourée de détritus, et qui pouvait avoir à peu près le volume d'une noix quand elle était remplie.

Le poumon droit est anémique, œdémateux, à écume fine, et surtout vers le hile du poumon, il est parsemé de nombreuses infiltrations gris jaunâtre. Dans sa partie la plus inférieure, immédiatement au-dessous de la plèvre, se trouve une place de la dimension d'une noix, occupée par un réseau de tissu conjonctif à trabécules minces, dans les mailles duquel il y a des vésicules d'échinocoques, à parois délicates, du volume d'une lentille à celui d'un pois, jaune grisâtre, bien remplies.

Un examen plus approfondi des poumons nous a donné les résultats suivants : dans une bronche de premier ordre de l'artère pulmonaire, dans une dépression isolée du reste de sa cavité par une espèce d'éperon, se trouve une vésicule d'échinocoques, tant dans le poumon droit que dans le poumon gauche ; seulement, dans le premier, la vésicule a le volume d'une noisette, et dans le second elle dépasse celui d'une

fève ; en outre, on trouve dans divers endroits, parfois infiltrés des deux poumons, dans des artères très-nombreuses ayant pour la plupart l'épaisseur d'une paille et au delà, des vésicules d'échinocoques fraiches et affaissés, qui, étendues en forme d'une outre d'une longueur de 6 lignes et au delà, avec une face externe quelquefois parsemée de bourgeons arrondis et solides, s'accommodent aux vaisseaux et reçoivent dans leurs embranchements des prolongements en forme de tubes plus ou moins longs.

C'était donc un cas de vésicules d'échinocoques dans les artères pulmonaires, comme il n'a été observé qu'une fois par Wunderlich. Andral a vu un cas analogue, dans lequel cependant les vésicules n'étaient pas dans les artères, mais dans les veines. Il va sans dire que cela m'a engagé à examiner si les vésicules de l'échinocoque multiloculaire du lobe inférieur droit ne se trouveraient pas également dans les ramifications de l'artère pulmonaire. Le résultat de la recherche a complètement confirmé ma supposition.

Une artère pulmonaire, de l'épaisseur d'une paille environ, conduit à un échinocoque multiloculaire, et un demi-pouce au-dessus de lui elle est excavée par une vésicule d'échinocoque, du volume d'une fève, et une capsule presque fermée du côté du tronc du vaisseau. L'intérieur de l'artère est, à cet endroit, couvert par une masse gluante (masse de granulations de Leuckart). Au-dessous de cette excavation, l'intérieur non dilaté du vaisseau est rempli par trois vésicules plus petites, qui sont disposées en série ; une vésicule longue de plus d'un demi-pouce s'ajoute à ces vésicules, porte à sa surface plusieurs saillies en masses (vésicules filles) et envoie en même temps un prolongement plus long dans une branche vasculaire qui émane de cet endroit. On peut surtout se convaincre que tous les embranchements de cet échinocoque multiloculaire ne sont que des excavations des branches de ce vaisseau, puisque les parois de ces embranchements peuvent être suivies facilement jusque sur la paroi du vaisseau.

Ce résultat m'a engagé à examiner plus exactement encore le cas précédent d'échinocoque multiloculaire des poumons. Une courte préparation m'a montré que les vésicules se trouvaient également dans les branches excavées des artères pulmonaires, j'ai même pu les suivre avec les ciseaux jusqu'au tronc de l'artère pulmonaire.

M. Carrière dit : « Malgré le titre donné à cette observation par son auteur, d'échinocoque multiloculaire du foie et du poumon, nous ferons remarquer qu'on ne peut guère accepter comme telle la lésion du foie. Aussi ne l'avons-nous reproduite que comme un cas d'échinocoque multiloculaire du poumon.

Dans le foie la masse de tissu conjonctif, renfermant des masses calcaires, est la seule altération qui pourrait être considérée comme se rapprochant de l'hydatide alvéolaire, mais les vésicules gélatineuses manquent complètement, ou du moins ne sont pas mentionnées. »

Obs. LXII. (Carrière) (J.) (1).

Un Bavarois entre à Saint-Louis pour s'y faire traiter d'un ascite avec œdème des membres inférieurs. Jusque dans ces derniers temps sa santé était assez bonne, mais il toussait souvent. L'ascite est considérable, la peau ne présente pas la teinte ictérique; à l'examen des poumons on trouve la respiration soufflante aux deux sommets et des râles sibilants dans les poumons mélangés de quelques râles sous-crépitants, surtout à la base du poumon droit. Le malade succombe quelque temps après son entrée.

Autopsie. Pas d'épanchement dans la plèvre; adhérences au sommet des deux poumons; ceux-ci sont congestionnés, avec légère augmentation de volume, ils sont crépitants, excepté aux sommets.

Poumon droit. Le lobe supérieur renferme, au niveau de son sommet, un noyau du volume d'une noix, d'un noir verdâtre, dur, résistant, élastique, à coupe lisse et unie, comme marbrée. Il est parsemé de masses caséeuses, jaunâtres, de volume variable, depuis une tête d'épingle jusqu'à une graine de chènevis, remplissant exactement la cavité. Dans le voisinage de ce noyau s'en trouvent deux ou trois autres plus petits, du volume d'une fève, sur leur pourtour le poumon est très-congestionné.

Au microscope, on trouve que la masse caséeuse est formée de quelques granulations graisseuses, de corpuscules granulés et d'une grande quantité de cholestérine. La substance qui les contient est formée de tissu conjonctif hyperplasié, de fibres élastiques et de pigment en grande quantité.

Dans le lobe moyen on trouve six noyaux d'une nature spéciale, leur volume varie depuis celui d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'une petite noix. Enfin dans le lobe inférieur, deux noyaux analogues, mais encore plus petits.

Poumon gauche. Son sommet renferme 4 noyaux semblables à ceux que l'on a rencontrés dans le poumon droit, enfin on en trouve un certain nombre, non-seulement dans le reste du lobe supérieur, mais dans l'inférieur.

(1) Carrière (J.), Thèse, Tumeur hydatique alvéolaire, Paris, 1868.

Tous ces noyaux donnent au toucher la sensation d'un corps dur, résistant, élastique; leur forme est souvent arrondie, quelquefois aplatie ou allongée; à la coupe, on les trouve formés par un stroma blanc jaunâtre, dur, à suface de coupe lisse et unie, parsemée de petites masses opalines, transparentes, ressemblant à de la gelée. En pressant sur la tumeur, on fait jaillir ces petites masses et le stroma présente alors une foule d'alvéoles qui paraissent communiquer toutes entre elles: autour des tumeurs existait souvent comme une extravasation de sang dans le tissu pulmonaire. Il n'existait rien dans les bronches ni dans les veines pulmonaires, pas plus que dans les divisions de l'artère pulmonaire, dont les diverses branches étaient occupées par un coagulum fibrineux; plusieurs de leurs ramifications semblaient se continuer avec le tissu cellulaire qui entourait la tumeur,

Cavité abdominale. Enorme quantité de liquide dans le péritoine. Le foie adhère au diaphragme, son volume est énorme, surtout à gauche; à sa surface, on observe deux petites saillies globuleuses d'un blanc jaunâtre et fort dures, correspondant à une masse mobile du volume d'un poumon; près de cette tumeur on trouve une cavité à parois anfractueuses, présentant un certain nombre d'orifices qu'on reconnait appartenir aux voies biliaires, la cavité renferme un peu de liquide purulent. Quant à la tumeur, elle est formée d'une trame d'un blanc jaunâtre, élastique, creusée d'alvéoles dans lesquelles sont contenues de petites masses formées par une substance molle, ressemblant à de la gelée; la veine cave est complètement englobée dans la tumeur et réduite à un cordon fibreux qui renferme dans un certain point un kyste semblable à celui que nous avons décrit. Trois des principales divisions de l'artère hépatique étaient remplies de vésicules gélatineuses pressées les unes sur les autres.

Examen microscopique. La substance fondamentale de la tumeur du foie est formée de tissu conjonctif. La substance gélatineuse et transparente, hyaline, incolore, présentait la disposition stratifiée et striée caractéristique des membranes d'échinocoques.

Je n'ai trouvé d'animaux complets que dans les artères hépatiques, ils étaient pour la plupart arrondis ou ovalaires, ils présentaient d'ailleurs les caractères ordinaires des échinocoques, couronne de crochets, ventouse, corpuscules calcaires. Dans les autres parties de la tumeur, je n'ai pu trouver que des crochets isolés.

Les tumeurs du poumon présentaient les mêmes caractères, à part le pigment biliaire qui était remplacé par la matière noire du poumon. De plus, il faut noter un développement excessif de capillaires dans les noyaux inflammatoires qui entourent la tumeur et l'arrêt brusque de ces capillaires à la limite de la dégénérescence.

Obs. LXIII. (Corazza) (H). Hydatides du poumon gauche (1).

Corazza rapporte un cas d'échinocoque du poumon qui, pendant la vie, ne présenta aucune possibilité de diagnostic. Le malade, solidement bâti, âgé de 49 ans, avait depuis deux ans une toux insignifiante. Quatre jours avant son entrée à l'hôpital, il fut subitement pris d'un accès de toux violente avec hémoptysie et dyspnée.

A son admission, il était sans fièvre, mais ne pouvait se coucher que sur le côté gauche; l'haleine était fétide. Il se plaint de douleurs dans le côté gauche. Les veines jugulaires ne sont pas tuméfiées; à gauche en avant et en arrière dans la moitié inférieure, son tympanique sourd, respiration bronchique, en partie amphorique, avec râles éclatants, frémissement vibratoire augmenté. Expectoration abondante très-liquide, grise, fétide; rien de particulier à un examen plus minutieux.

L'état ne changea guère durant les seize jours qui suivirent son entrée; à cette époque, nouvelle hémoptysie, suivie le lendemain d'une fièvre intense; expectoration de plus en plus fétide: torpeur, mort deux jours après.

A l'autopsie; échinocoques dans le lobe inférieur du poumon gauche entourés d'une caverne gangréneuse qui s'étendait jusqu'à la cavité pleurale et avait donné naissance à une pleurésie ichoreuse, La gangrène était due à l'entrée de l'air par une bronche communiquant avec la caverne.

Obs. LXIV. (Woillez). Kyste hydatique ouvert dans la plèvre (2).

M. Woillez parle d'un malade qu'il avait vu à l'Hôtel-Dieu, chez lequel la rupture du kyste dans les bronches a occasionné la mort par asphyxie.

Cet homme, entré à l'hôpital pour une dyspnée excessive, y succomba peu d'instants après en rejetant par la toux une énorme quantité de liquide aqueux et transparent.

A l'autopsie, je constatai un énorme kyste uniloculaire occupant les deux tiers inférieurs du côté gauche de la poitrine, s'ouvrant dans le tissu pulmonaire par un pertuis assez étroit. Ce kyste que j'ai reproduit par le dessin était sans doute fort ancien, car le poumon refoulé en avant et diminué de volume, sans doute par la compression, n'y formait qu'une languette en boudin aplati, descendant au-devant de la partie gauche du cœur et présentant, d'ailleurs, un tissu pulmonaire normal et crépitant.

(1) Corazza (H.), Echinococco del polmone sinistro. Bullet. delle scienze med. di Bologna, Giugno 1869. Anal. in Schmidt's Jahrb, Bd. 152, p. 101, 1871.

(2) Woillez, E.-J., Dictionnaire de diagnostic médical, Paris, 1870. p. 326.

Obs. LXV. (Morgan). Hydatides dans le poumon, cerveau et foie (1).

C'est le cas d'une jeune fille âgée de 7 ans.

Elle est souffrante depuis neuf mois, la maladie a débuté par des convulsions suivies d'hémiplégie. Les deux pupilles étaient sensiblement dilatées, pourtant il n'existait pas de paralysie des muscles du globe de l'œil. Affaiblissement de la vue; pas d'anesthésie cutanée.

Etat comateux pendant la dernière partie de sa vie.

Autopsie. On trouva un kyste situé au-dessous de la dure-mère dans l'hémisphère droit, occupant le lobe antérieur et moyen, s'étendant vers le ventricule latéral, il avait détruit une partie du corps strié et de la couche optique; sauf ce kyste, le cerveau ne présentait ni adhérences, ni altérations d'aucune sorte.

Il existe encore quatre kystes hydatiques, à peu près du volume d'un œuf; un dans le poumon gauche, deux dans le poumon droit et un dans le foie.

Obs. LXVI. (Ducastel.) Hydatides du cœur et des poumons (2).

Il s'agit d'un malade qui entre dans le service de M. Hérard, à l'Hôtel-Dieu, le 23 avril 1870 et meurt le 4 juin suivant.

Ce jeune homme âgé de 25 ans, suivant sa déclaration, avait joui pendant toute son enfance d'une excellente santé, malgré les apparences d'une constitution délicate. Il présentait cependant une légère prédisposition aux rhumes.

Il y a trois ans, étant au service militaire, après une marche de quatre jours, il fut pris d'hémoptysie et rejeta pour la première fois une membrane hydatique. Depuis cette époque, il n'a cessé de tousser a eu plusieurs hémoptysies il rejette de temps en temps des débris d'hydatides, jamais il n'a eu d'ictère.

Il y a un an il entra à l'Hôtel-Dieu, service de M. Tardieu. Voici les renseignements fournis par M. Hayem sur l'état du malade à cette époque:

Dans les poumons, en avant, rien de notable, respiration rude en arrière, au sommet, pas de matité; quelques craquements en arrrière, au sommet droit; vers la partie moyenne du poumon gauche, râles sous-crépitants et frottements pleuraux.

Rejet de membranes hydatiques; pas de crochets dans les crachats dont la forme est nummulaire.

Cœur normal.

Foie débordant les fausses côtes.

A l'entrée du malade dans le service de M. Hérard, on constata un amaigrissement considérable, une pâleur très-prononcée du visage.

(1) Morgan, British Medical journal, 1870.

(2) Ducastel, Bull. soc. anat., juin 1870, p. 363.

A l'auscultation, on trouve dans toute l'étendue des poumons de gros râles sous-crépitants très-humides; en arrière quelques frottements pleurétiques.

La percussion donne une sonorité à peu près normale; l'état du cœur n'a pas été noté.

Le foie déborde un peu les fausses côtes et n'est pas douloureux; sa surface est lisse.

L'appétit est en partie conservé.

Pendant le séjour du malade à l'hôpital, les symptômes thoraciques se modifient peu.

Il vomissait souvent, mais conservait cependant un peu d'appétit;

L'expectoration muco-purulente, nummulaire, renfermait de temps à autre des débris d'hydatides.

Dans les derniers jours on constata, au cœur, la présence d'un double bruit de souffle, l'un à la base et l'autre à la pointe, tous les deux au premier temps.

Le 22. Œdème des jambes, bientôt après bouffissure de la face et œdème des mains.

Pas d'albumine dans les urines.

Le 4 juin, le malade mourut épuisé.

Autopsie : poumons. Les deux feuillets de la plèvre sont dans toute leur étendue, fortement adhérents l'un à l'autre. La surface des poumons est bosselée. Des saillies qu'elle présente, les unes sont dues à des points emphysémateux, les autres à des hydatides, dont quelques-unes apparaissent transparentes.

Des coupes pratiquées dans l'épaisseur du poumon permettent de constater dans tous deux, la présence de nombreuses hydatides plus abondantes aux bases qu'aux sommets. La plus considérable, située en arrière du poumon droit, offre le volume d'un œuf de poule. Quelques-unes se sont vidées par les bronches avec lesquelles on peut constater leur communication.

Entre les hydatides, le tissu pulmonaire emphysémateux par points offre dans d'autres des noyaux d'induration inflammatoire; les cloisons interlobulaires sont épaissies. A la base des poumons, en arrière, existe une petite infiltration œdémateuse.

Cœur volumineux; à sa surface quelques plaques laiteuses; des caillots de sang noir dans les cavités. Pas de lésion du ventricule et de l'oreillette gauche. Dans le ventricule droit existe une tumeur formée par la réunion d'une dizaine de vésicules hydatiques.

Le foie, les reins et la rate sont sains.

Le cerveau est pâle et légèrement mou.

Obs. LXVII. (Culot). Kyste hydatique de la paroi thoracique (1).

M. Culot montre un kyste hydatique qui a été trouvé sur un sujet mort de méningite de la moelle.

Ce kyste qui présente une coloration jaunâtre et a le volume d'un œuf de poule à peu près, était situé sous la plèvre de la paroi thoracique postérieure gauche. Les hydatides sont affaissées sur elles-mêmes et en voie de transformation graisseuse.

Obs. LXVIII. (Bird). Kyste Hydatique du poumon gauche (2).

Le Dr Bird rapporte le cas d'une femme qui s'affaiblissait rapidement par suite del'expectoration continuelle de pus, de sang et de débris d'hydatides putrides provenant d'un énorme kyste dans le poumon gauche. Il y avait lieu de croire à l'existence d'adhérences intimes entre le kyste, la plèvre et la paroi thoracique. Un trocart fut introduit entre la quatrième et la cinquième côte et l'ouverture élargie latéralement avec un bistouri. La quantité de matière retirée du kyste remplissait la moitié d'une cuvette. L'appétit revint, la fièvre disparut, mais par suite du retrait du kyste, l'ouverture interne et externe ne se trouvait plus en rapport, l'écoulement cessa, la toux revint.

La malade ne voulut pas consentir à une seconde opération et elle est morte.

Obs. LIX. (Smith W.). (3).

D. W. Smith rapporte le cas d'une femme morte à Melbourne hospital, à l'autopsie de laquelle on trouva un kyste hydatique de la plèvre.

Obs. LXX. (Lecourtois). Kyste hydatique du poumon (lobe moyen et du foie. Tubercules (4).

M. Lecourtois raconte l'histoire d'un malade âgé de 25 ans, entré à l'hôpital Necker pour une bronchite aiguë. Ce malade avait eu, il y a deux ans, une première bronchite qui avait guéri.

Cette fois il succomba, et on trouva à l'autopsie, une tuberculisation miliaire et quelques cavernules; ces altérations datent peut-être d'il y a deux ans. On rencontre en outre un kyste hydatique dans le lobe moyen du poumon droit; le liquide contenu est limpide; la poche formée d'une membrane à plusieurs feuillets est chagrinée à sa surface interne; elle est en contact avec le tissu pulmonaire lui-même qui paraît altéré et en suppuration, mais nulle part tapissée d'une membrane isolable.

(1) Bull. soc. anat., 1870.
(2) Bird, Austral Med. journal, 1871.
(3) Austral. Med. journ., 1871.
(4) Bull. soc. anat., mai 1871.

Le foie renferme un kyste hydatique, mais celui-ci présente deux membranes très-distinctes; la membrane hydatique et le kyste adventice celui-ci est déjà athéromateux et calcaire.

Réflexions. — A propos de cette observation, M. Houël cherche à établir qu'il existe une différence dans l'épaisseur de la membrane adventice, suivant l'organe où s'est développée l'hydatide. Si l'organe est riche en tissu fibreux, la poche adventice sera épaisse, dans le cas contraire elle sera mince, le poumon étant dans ce dernier cas, lorsqu'un kyste s'y développe les parois de la poche qui le renferme sont minces, transparentes, difficiles à isoler.

M. Lecourtois fait remarquer que sur sa pièce l'existence de cette membrane est problématique.

Une discussion s'élève au sujet des kystes hydatiques, MM. Duguet et Geoffroy, pensent que l'hydatide détermine rarement une éclosion de tubercules, mais que la destruction du poumon peut entraîner une véritable phthisie accompagnée de nombreuses hémoptysies; chacun de ces messieurs cite un cas.

La phthisie sera avec la gangrène et le pneumothorax le mode de terminaison habituelle des kystes hydatiques.

M. Jeoffroy. J'ai vu cette année, dit-il, une malade qui avait eu des hémoptysies l'année dernière, et qui ne présentait à l'auscultation et à la percussion aucun signe de tuberculisation; elle était enceinte de sept mois, très-anémique. Quinze jours après son entrée à Lariboisière, elle rendit des membranes hydatiques avec des crachats.

On examina de nouveau avec beaucoup de soin sa poitrine, sans trouver aucun signe de tubercules. Je ne la crois pas tuberculeuse; elle a des hydatides du poumon, et l'hémoptysie est dans ce cas très-intéressante à constater.

Obs. LXXI. (Widal). Deux hystes hydatiques simulant une tuberculose aiguë. Rupture de la loge de l'un d'eux dans la plèvre. Pleurésie purulente consécutive Mort. Autopsie.

Le nommé F... Célestin, âgé de 22 ans, soldat, entra à l'hôpital du Gros-Caillou, service du Dr Widal, le 9 mai 1872.

Il raconte que le matin du même jour, à peine levé, il fut pris subitement d'un malaise extraordinaire, accompagné bientôt de vomissements, d'un violent point de côté à gauche et surtout d'une extrême oppression. C'est un jeune homme d'une forte constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin. Il n'accuse aucun antécédent héréditaire et a toujours joui d'une santé parfaite. La figure est rouge, vultueuse, la respiration est pénible et haletante. Peau sèche et chaude. Température 40° p. 126. Le point de côté existe toujours, mais moins douloureux. Toux fréquente, expectoration facile de nombreux crachats muco-purulents, surmontés de quelques spumosités.

On trouve à la poitrine une sonorité normale en avant des deux côtés. La respiration est forte, un peu soufflée à l'expiration, sans aucun râle.

En arrière du côté droit, sonorité et respiration normales. A gauche, légère matité à la base; à la partie supérieure de cette matité, et dans un point très-limité, on perçoit distinctement du souffle tubaire, sans râles crépitants. La voix a une résonnance qui rappelle l'égophonie, cependant l'élasticité de sa paroi est conservée, de même que les vibrations thoraciques. Quelques râles muqueux dans le reste de la poitrine.

Rien au cœur. La fièvre est toujours considérable.

Le 11, le point de côté a disparu.

Une auscultation très-attentive fait découvrir à la partie moyenne et externe du poumon gauche, à peu près au niveau de l'angle de l'omoplate, un souffle très-fort accompagné de tintement métallique. Le souffle ne se propage pas, et la percussion à l'endroit où il siége donne une sonorité légèrement exagérée. Râles muqueux plus abondants.

Ces symptômes rapprochés de l'invasion brusque de la maladie, conduisent M. Widal à admettre l'existence probable d'un pneumothorax causé par des tubercules pulmonaires.

Le 16 mai. Le malade très-affaissé et fatigué par une toux incessante, l'expectoration abondante et purulente. La matité a disparu à la base, elle existe à l'angle de l'omoplate, à l'endroit où on avait observé une exagération de sonorité. Pas de souffle, les râles muqueux ont un caractère métallique. Ailleurs, dans le poumon, l'inspiration presque nulle et l'expiration très-prolongée.

Le 18. Réapparition du souffle et point de côté. État général mauvais. Depuis le 11 mai, les signes stéthoscopiques se sont modifiés. Le souffle si évident les premiers jours, disparaît par moments, puis reparait tou-

(1) Widal, Gaz. des hôpit., 1872.

jours au même endroit, présentant un timbre rugueux et râclant sans propagation latérale. Il y a ralentissement de la voix qui rappelle l'égophonie, mais en diffère en ce que la voix, tremblotante n'est nullement altérée dans son timbre. La matité existe toujours au point précis où l'on entend le souffle, mais la base est actuellement sonore, c'est-à-dire que le poumon présente des symptômes directement opposés à ceux du commencement de l'affection,

En arrière, de nombreux râles muqueux.

A la base gauche, vers l'aisselle, quelques râles crépitants.

Le 29. L'oppression a subitement augmenté et le malade se plaint d'avoir été pris au milieu de la nuit d'un point de côté très-violent siégeant du côté droit. La percussion montre à la base du poumon droit une matité assez étendue et d'autant plus appréciable que la base du côté gauche est très-sonore.

Pas de souffle; à la partie moyenne on entend de nombreux râles d'un timbre fort particulier à cause de leur éclatante résonnance. Ce nouvel ordre de phénomènes rappelle absolument ceux qui se sont montrés du côté opposé.

Le 2 juin. Matité de la base droite augmentée, la respiration est absente; l'on ne sent plus les vibrations thoraciques; il s'est évidemment formé un épanchement considérable dans la plèvre.

Le 3. Même état; à droite, un épanchement caractérisé par la matité, l'absence de respiration et des vibrations thoraciques; à gauche, à la base, sonorité; au-dessus, matité accompagnée de souffle, de râles et d'une résonnance extraordinaire de la voix.

Ces phénomènes sont assez fugitifs, disparaissant et reparaissant de jour en jour. Il en est de même des nombreux râles crépitants revêtant les timbres les plus extraordinaires.

Le 7. État général de plus en plus mauvais, des sueurs nocturnes se sont jointes aux précédents symptômes.

Les 11, 12. Violent point de côté à gauche, accompagné de nombreux crachats rouillés. Le souffle est devenu plus retentissant. Toux continuelle. Les sueurs n'ont pas cessé. Les oscillations ont une ampleur plus grande, pas de frissons.

Le 13. La matité du côté droit est marquée à sa partie supérieure par un son tympanique qui s'étend jusqu'au milieu de l'omoplate; souffle et tintement métalliques. On croit à un pneumothorax assez considérable. L'état du malade empire et la mort arrive le 14 juin. Ce jour même état des phénomènes stéthoscopiques; du côté droit un pneumothorax succédant à un épanchement dans la plèvre, du côté gauche, des symptômes ambigus qui ne se rapportent à aucune maladie précise.

Autopsie. Une ponction préalable faite du côté droit, vers le sixième espace intercostal, donne lieu à un échappement de l'air de la plèvre, ce qui démontre le pneumothorax, rien de pareil à gauche. La base du

poumon droit est entourée d'une grande collection purulente, parfaitement enkystée, couvrant en bas une large surface diaphragmatique, une partie du péricarde, et remontant jusqu'aux gros vaisseaux. La partie de la plèvre costale intéressée dans cet enkystement dépasse à peine 1 décimètre en hauteur; le poumon y plonge largement par son bord libre. Au milieu du pus on voit flotter une membrane blanchâtre, assez résistante, ressemblant à un sac vide, gros comme un œuf et déchiré en deux endroits. On pense à un kyste hydatique qui aurait donné lieu au pyothorax en agissant comme corps étranger. Au-dessus de l'empyème se trouve un second enkystement pleurétique séreux moins considérable que le premier et probablement dû à son voisinage.

Le poumon ne présente nulle part trace de tubercules, il est sain excepté au lobe moyen, à droite et au lobe inférieur à gauche.

Le lobe moyen droit est creusé en une large cavité communiquant avec l'empyème par une ouverture de la largeur d'un doigt. Cette cavité qui devait être primitivement la loge du kyste, est entièrement tapissée de fausses membranes, molles, mais adhérentes à la paroi et ne communique avec aucune bronche considérable. Tout autour le tissu pulmonaire est induré et même fibreux dans certains endroits.

Le lobe inférieur gauche, à sa partie supérieure présente une induration singulière; incisé il laisse échapper un second kyste pareil au premier, mais plus petit. Ici la cavité n'est pas remplie de fausses membranes, elle est formée par le tissu pulmonaire, sans adhérences avec le kyste et présente autour d'elle une grande congestion périphérique, et dans certains points une véritable hépatisation. Elle communique largement avec l'air extérieur par deux bronches ; l'une du second, l'autre du troisième ordre. Ce second kyste était à peu près vide, déchir comme le premier, mais présentant moins de résistance dans ses membranes.

Le péricarde est distendu par de la sérosité.

Cœur sain. Rien dans les autres organes.

A l'examen on voit que ces kystes sont formés de plusieurs membranes demi-transparentes, gélatiformes, se séparant facilement en feuillets. Au microscope cette disposition est encore plus évidente: on trouve également quelques crochets sur la membrane interne, qui met hors de doute la nature hydatique des deux kystes.

Réfléxions. — Ce cas est remarquable : 1° au point de vue du nombre, et du siége des hydatides. Davaine, sur 40 cas cite tout au plus deux exemples de kystes multiples. Il faut remarquer aussi que le siége est généralement le lobe moyen.

2° Au point de vue de la singularité de la marche

Ce cas constituait un diagnostic des plus difficiles. En effet, quoique d'une façon générale, les kystes agissant comme corps étranger puissent donner lieu aux symptômes les plus extraordinaires dans les divers organes affectés, le plus souvent, pourtant l'hydatide thoracique suit une marche différente. Aussi, Davaine (p. 420), dit que les hydatides sont rarement reconnues pendant la vie, quand elles ne communiquent pas à l'extérieur.

En général, on croit à un épanchement pleurétique. L'absence de tout bruit respiratoire, d'égophonie ou de bronchophonie correspondante à la matité, à la percussion, est probablement un signe pathognominique de l'hydatide thoracique.

Or, dans l'observation qui précède, la marche de la maladie ressemble absolument à la tuberculose aiguë. Les symptômes ambigus observés dans la poitrine, l'état général, l'amaigrissement, tous les symptômes d'un consomption rapide, militent en faveur de cette opinion. Mais n'était-il pas possible avec une attention plus rigoureuse de faire le diagnostic ?

1° L'extrême variabilité des phénomènes, qui disparaissaient du jour au lendemain, changeaient presque chaque matin, et cela dans un temps très-court. (37 jours).

2° La localisation bien nette, des symptômes en deux endroits très-limités. Une phthisie aiguë aurait présenté des désordres plus graves et dans tout le poumon. Ajoutons encore, pas d'antécédents tuberculeux.

3° La marche de la température. Dans la tuberculose aiguë on observe les oscillations quotidiennes de la fièvre hectique, tantôt la température est au-dessus, tantôt au-dessous de la normale. Chez notre malade, au contraire, il y avait de petites défervescences successives, occupant chacune deux ou trois jours, et les oscillations n'apparurent qu'à la fin, lorsque la pleurésie droite devint puru-

lente. Peut-être à l'examen des crachats on aura trouvé des crochets.

Obs. LXXII. (Habershon). Hydatides du poumon; hémorrhagie, tubercules. Ulcération dans la veine pulmonaire (1).

Robert (G.-A), âgé de 17 ans, entra à Guy's Hospital, service de S. O. Habershon le 15 janvier 1872.

Antécédents. — Dans son enfance, ce jeune homme a été atteint d'une fièvre typhoïde. Il y a deux ans et demi, il commença à cracher du sang en petite quantité, et ces hémoptysies se sont plusieurs fois reproduites depuis cette époque; le quatorzième jour, à la suite de quintes de toux, il rendit presque une demi-pinte de sang. La toux n'a jamais été fatigante, mais l'expectoration de sang était accompagnée d'un sentiment de chatouillement.

Il avait beaucoup maigri dans le courant de l'année passée, éprouvait des sueurs nocturnes, et il était devenu anémique, son appétit cependant était bon, et il avait conservé les apparences de la santé.

Etat actuel. — A l'auscultation, on entendait quelques râles ronflants. Et à la base du poumon gauche de la matité avec expiration prolongée. Temp. 99,3. Fah. Pouls 80. Respiration 23. Urine normale. Avant son entrée à l'hôpital, le Dr Moxon avait trouvé dans ses crachats une membrane hydatique.

On diagnostiqua une hydatide située dans la base du poumon gauche, peut-être dans le médiastin. Traitement : citrate de potasse.

La santé s'améliora et il quitta l'hôpital.

Mais au mois de juillet, il rentra de nouveau, ayant expectoré quelques jours avant une demi-pinte de sang noir. La base du poumon gauche était toujours mate, et la respiration bronchique. Les jours suivants, les hémoptysies se succédèrent coup sur coup, il survint de la fièvre avec douleur de côté, et le malade succomba.

Autopsie (Dr Fagge). — Cerveau anémique.

Le siége de l'ancien kyste hydatique était indiqué dans le parenchyme du poumon gauche par des rides profondes occupant le lobe inférieur. La poche avait les dimensions d'une noix, ses parois étaient tapissées d'une matière jaunâtre caséeuse, mais nulle trace de membrane hydatique, de sorte que sans les antécédents on n'eût pu porter un diagnostic exact. La poche contenait un coagulum d'une teinte moins foncée au niveau des points où il adhérait à la paroi.

Deux tuyaux bronchiques, l'un volumineux, l'autre plus petit, s'ouvraient dans la cavité.

Les rapports de cette cavité avec le système vasculaire étaient des plus intéressants. Au-dessus d'elle, on trouvait une grosse branche

(1) Dr Habershon, Guy's Hospital Reports, 1872 et 1873.

de l'artère pulmonaire, elle était exactement appliquée sur la poche, mais elle avait conservé toute son intégrité, tandis qu'au contraire une veine dilatée, d'un demi-pouce de circonférence, avait été perforée et s'ouvrait dans la partie inférieure de la cavité. Ainsi donc, une veine pulmonaire était devenue variqueuse, elle s'était ouverte dans le kyste et avait occasionné une hémorrhagie mortelle. Les bronches renferment aussi du sang coagulé. Enfin les deux poumons contenaient des tubercules, ils étaient surtout abondants dans le poumon gauche, plus particulièrement autour de la cavité que vers le sommet. Le poumon droit renfermait des tubercules surtout au sommet.

Rien ne porte à croire que ces tubercules sont antérieurs au kyste, au contraire; nous trouvons dans leur siége, autour de la cavité kystique et dans leur distribution, des motifs suffisants pour admettre leur origine secondaire. Immédiatement au-dessus de la cavité se trouvait un petit kyste calcaire.

Foie et rate sains.

Réflexions de l'auteur. — Ce cas est intéressant pour deux raisons.

1° La cause de la mort, et 2° la formation de tubercules pendant le cours de la maladie.

Il est probable que le malade a guéri de sa première attaque, mais qu'affaibli par les hémoptysies, et les lésions pulmonaires de nature kystique, une exposition prolongée au froid et à l'humidité avant que sa santé fût consolidée, son organisme est devenu apte à créer des tubercules, leur production serait donc postérieure au kyste et elle en serait la conséquence. Ce qui le prouve encore c'est leur accumulation autour du kyste.

Obs. LXXIII. (Mac Gillivray). Kyste hydatique du poumon droit. Empyème. Paracentèse. Mort.

Julia H..., gouvernante, âgée de 27 ans, entre le 27 mai 1865 à Bendigo Hospital, service de M. Mac Gillivray.

A son entrée à l'hôpital on la considérait comme atteinte de pleurésie avec épanchement. Tout le côté droit de la poitrine était mat. Il existait même un peu d'élargissement.

Traitement. — Des sudorifiques, diurétiques, toniques, etc., restè-

(1) Mac Gillivray, Austral. Medic. Journ., 1867 et 72.

rent sans effet. Pendant son séjour, elle avait eu plusieurs attaques de bronchite dans le poumon gauche.

Dans plusieurs consultations, il fut décidé de différer la paracentèse jusqu'au moment où le liquide deviendrait purulent.

Après un an de séjour dans l'hôpital on ne pouvait douter de ce changement.

On trouva à la mensuration un élargissement de 2 pouces à droite, et la respiration du même côté n'était nulle part distincte.

Le 6 avril on introduisit un large trocart au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, et environ une pinte de fluide purulent fut évacuée. Un soulagement notable s'en est suivi.

Le 13 août une nouvelle ponction fut faite par mon collègue, le Dr Atkinson, et la nature de la maladie fut reconnue par la sortie de plusieurs petits kystes. Le pus s'échappa pendant quelque temps puis l'ouverture se ferma.

Le 14 septembre, une nouvelle incision fut faite et un large cathéter introduit. A ce moment la respiration s'entendait au sommet du poumon. L'évacuation de kystes se faisait à diverses reprises. On fit des lavages dans la cavité, avec de l'eau tiède et une solution de sulfate de zinc.

Le microscope montrait dans le liquide rendu une quantité de fibres jaunes élastiques, et du tissu pulmonaire, démontrant ainsi que les kystes étaient situés dans le parenchyme pulmonaire.

Depuis quelques semaines, l'écoulement a sensiblement diminué; plus de kystes, seulement un peu de pus, et les forces reviennent. Il reste pourtant encore une fistule étroite.

Le côté droit de la poitrine s'est rétracté, et il est toujours plus mat que le gauche. La respiration, quoique affaiblie, s'entend partout, excepté à la base, mais elle devient plus forte de jour en jour.

Julia H... quitta l'hôpital en bonne santé apparente, quoiqu'il y eût une rétraction notable du thorax. Elle revint trois mois après avec une vaste collection purulente dans le poumon. Une incision fut faite et un tube à drainage introduit.

Elle est morte épuisée par la suppuration.

Obs. LXXIV. (Troisier). Kyste hydatique des poumons et du foie (lobe inférieur droit) (1).

M. Troisier présente les poumons et le foie d'un homme, mort à l'âge de 60 ans, qui contiennent plusieurs kystes hydatiques, dont l'existence n'a pu être soupçonnée pendant la vie.

Le kyste du foie siége dans le petit lobe ; il est situé à la périphérie de l'organe ; il est de la grosseur d'une noix ; constitué par une coque

(1) Troisier, Bull. de la soc. anat., juin 1872.

fibreuse de 2 à 3 millimètres d'épaisseur, contenant une membrane hydatique un peu plissée nageant dans un liquide jaunâtre. La membrane hydatique présente à sa face interne un grand nombre de petites vésicules. Pas de crochets d'échinocoques. Le foie offre en outre les lésions de la cirrhose.

Aux poumons, les kystes sont au nombre de deux. Ils siégent dans le lobe inférieur du poumon droit; l'un est de la grosseur d'un œuf de poule, l'autre de la grosseur d'une cerise. Ils sont situés dans l'épaisseur même du parenchyme. Ils sont constitués par une membrane hydatique contenant un liquide transparent, dans lequel on ne trouve pas d'echinocoques.

La membrane conjonctive qui tapisse les cavités dans lesquelles ils sont contenus est d'une grande minceur, elle est lisse à sa face interne, et les bronches n'offrent avec elle que des rapports éloignés.

Obs. LXXV. (Trousseau) (1).

M. Trousseau, en parlant de la voussure toute spéciale du thorax dans les cas d'hydatides pulmonaires, cite une jeune fille chez laquelle il diagnostiqua une tumeur intra-thoracique d'après ce signe.

Cette petite fille de 7 ans présentait toutes les apparences d'une phthisique; depuis longtemps elle avait de l'oppression, de la toux; elle était arrivée à un degré extrême d'émaciation. Mais comme, en examinant sa poitrine, j'avais trouvé, en même temps qu'une matité absolue et une absence complète de vibrations thoraciques, une saillie globuleuse du thorax, dont le maximum correspondait au niveau des sixième et septième côtes; comme il n'y avait point eu d'hémoptysie. et que l'auscultation ne me révélait l'existence d'aucune lésion aux sommets des poumons, je proposai la ponction de la poitrine. On s'y refusa, et j'appris que l'enfant avait succombé quelques semaines après ma visite.

Obs. LXXVI. (Lebert). Kystes hydatiques des deux poumons. Mort par gangrène (2).

Couturière, 33 ans. Tousse depuis deux ans, expectore beaucoup, quelquefois avec un peu de sang.

Affaissement considérable, sueurs nocturnes profuses.

Le 20 juin 1871, hémoptisie très-abondante (un vase de nuit plein de sang rouge, écumeux), entre à l'hôpital. Taille moyenne, faible, blonde, pâle, pas trop amaigrie. Température 39,9. Pouls 131. Respiration 24. Pouls très-petit, bondissant, peu tendu. Poitrine étroite.

(1) Trousseau, Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, p. 851, t. Ier, 1873 (4e édition).

(2) H. Lebert, Klinik der Brust Krankheiten, 1874.

Dans les inspirations profondes, la partie inférieure du thorax reste fortement en arrière.

A droite, matité en avant depuis la quatrième côte vers la base ; au-dessus respiration vésiculaire rude.

Dans le troisième espace intercostal en dedans de la ligne mamillaire, bruit de frottement intense.

A gauche, partout respiration vésiculaire.

Cœur normal.

Matité en arrière, à droite et en bas, avec résonnance tympanique. Toux amphorique, râles sibilants, métalliques à la respiration. Rien d'anormal dans la moitié supérieure.

Crachats sales, flétris avec masse de détritus, cellules plates épithéliales et cellules fusiformes ; jusqu'à la mort. Température se maintient à 39,5 jusqu'à la fin. Pouls petit et misérable, 132 pulsations. Mort le 30 juin.

Autopsie, trente-six heures après la mort. — Hyperémie cérébrale ; le cœur renferme des caillots fibrineux.

Poumon gauche, cicatrice au sommet, petits tubercules, gris jaunâtre. Lobe inférieur friable, se déchire facilement ; il s'en écoule un liquide gangréneux. En avant du lobe inférieur, cavité grande comme une noix, pleine de masses semblables à des membranes ; c'est un vieux kyste hydatique désert.

Poumon droit adhérent, surtout en arrière.

Dans le lobe supérieur foyer crétacé du volume d'un pois. Entre surface antérieure et externe du poumon se trouve une cavité du volume d'une tête d'enfant revêtue d'une membrane, couverte d'une sérosité sale, fétide. Renfermant une membrane déchirée, ne contenant pas de membrane fille.

Liquide sale dans toute la caverne. Consistance du poumon comme celle du cuir ; à la pression il s'écoule un liquide gris sale. La muqueuse bronchique est fortement injectée, recouverte de mucus gris rouge, des bronches aboutissant à la caverne.

Reins hypérémiés.

Pas d'hydatides du foie.

Dans ce cas, c'était la forme stérile d'échinocoque ; point de vésicules filles, ni crochets, ni trace de scolex.

Obs. LXXVII. (Lebert). Kystes hydatiques du poumon droit (lobe supérieur et inférieur) et du foie. Mort par pneumothorax (1).

En février 1861 est admis un cloutier, d'apparence robuste, mais pâle. A l'âge de 24 à 30 ans, il dit avoir eu une pneumonie, et à l'âge

(1) H. Lebert, Klinik der Brustkrankheiten, 1874.

de 35 ans une fièvre intermittente, tierce. Il y a un an, toux sèche, dyspnée et douleurs thoraciques vagues. Actuellement fièvre continue, mais bon appétit et selles régulières. Rhonchus catarrhaux disséminés dans la poitrine. Administration de mixture ammoniacale, puis ammoniaque anisée. Amélioration.

Vers Pâques, aggravation avec expectoration muqueuse.

Outre les rhonchus catarrhaux, légère matité à droite et en bas. Digitale. friction avec le liniment de Stokes et repos, amélioration. Au commencement de mai, rechute complète. Douleur à la pression dans la poitrine à gauche. Peu de fièvre. Vibrations thoraciques un peu diminuées des deux côtés, en arrière et en bas. Matité sous la clavicule droite, de même qu'en arrière des deux côtés à partir de l'épine de l'omoplate vers la base. Peu après, à la suite d'un violent accès de toux, expectoration d'une livre d'un liquide épais, purulent, mêlé de sang, et d'une odeur fétide, ce qui fut considéré comme la conséquence de l'irruption d'un foyer purulent de la plèvre dans une bronche.

Pendant quelques jours expectoration en moindre quantité d'un liquide analogue. Répétition après quelques semaines, amaigrissement.

A partir du 13 juin, aggravation de tous les symptômes, fièvre avec exacerbations vespérales; signes d'une altération profonde du poumon à droite et d'une pleurésie double en arrière et en bas; en avant, partout des rhonchus.

Peu d'appétit, pas d'albumine dans les urines.

Dix jours après. expectoration d'une masse purulente fétide mêlée de sang (200 grammes). expectoration continue pendant vingt-quatre heures; tous les signes d'un pneumothorax; mort environ trente-six heures après la perforation.

A l'autopsie, cavité grosse comme le poing dans la plèvre, tapissée d'une membrane comme pyogène.

Cette cavité communique d'une part avec une caverne du lobe supérieur droit du poumon, laquelle communique avec les bronches, la caverne présente presque le volume du poing. Dans le liquide purulent de la cavité pleurale, on trouve une vésicule hydatique, crevée, vide. La grande caverne pulmonaire était divisée en plusieurs cellules et revêtue d'une membrane de tissu conjonctif, très-vasculaire, dense et solide. La cavité renfermait des vésicules hydatiques de diverses dimensions; on en trouve également nageant dans la profondeur de la cavité pleurale.

C'était une colonie hydatique multiloculaire, crevée dans la plèvre, dont le pus avait été rejeté à diverses reprises par les bronches. Dans le lobe droit inférieur du poumon, également une petite cavité revêtue d'une seule membrane hydatique.

Le liquide épanché dans la plèvre gauche était séro-purulent. Dans le foie, deux colonies superficielles grosses comme une bille de billard,

légèrement adhérentes au diaphragme; une troisième dans l'épaisseur du foie. Dans les trois c'étaient des échinocoques encore vivants.

Obs. LXXVIII (Lebert). Hydatides du poumon. Mort par hémorrhagie (1).

M. Lebert rapporte un cas de kyste hydatique terminé par la mort, à la suite d'une hémoptysie.

C'est le cas de Waldeyer, cité par Wolf de Breslau, 1869.

Le malade était atteint de nombreuses hémorrhagies pulmonaires et il rejetait de grandes quantités d'hydatides.

A l'autopsie, on trouva une cavité dans le lobe inférieur du poumon droit et une longue érosion d'un rameau de troisième ordre de l'artère pulmonaire.

Obs. LXXIX. (Deffaux). Kystes hydatiques uniloculaires du rein, du poumon et de la rate (2).

M..., née de parents sains, ne présente rien à noter pendant son enfance; à 16 ans, les fonctions menstruelles s'établissent; elle a un enfant à 22 ans. C'est vers l'âge de 27 ans qu'elle commence à éprouver dans le côté gauche une sensation de pesanteur et à s'apercevoir de la présence d'une petite grosseur au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure, bientôt, par suite du développement incessant de cette tumeur, la marche devient difficile, pénible même, et la malade est obligée de garder un repos presque absolu.

A part cette véritable infirmité, toutes les fonctions s'effectuent bien; la malade ne maigrit pas et ne perd pas ses forces. Mais la tumeur allait grossissant et devenait tellement gênante que M..., qui n'avait fait jusqu'alors que des traitements infructueux, se décida à entrer à l'hôpital.

Etat au moment de l'entrée (10 août). — Par un examen superficiel, on trouve une masse très-volumineuse remplissant le flanc gauche et déterminant une saillie très-appréciable à la vue, en déprimant fortement les parois abdominales, on sent que la tumeur se prolonge en avant jusqu'à la ligne médiane, en bas jusqu'à l'épine et la crête iliaque, et qu'en arrière elle se perd derrière la masse sacro-lombaire; mais en haut les limites sont moins précises; environ à 4 centimètres au-dessous des fausses-côtes, la tumeur paraît se terminer, mais immédiatement au-dessus la percussion révèle une matité qui ne peut guère être en rapport qu'avec une autre tumeur; cette matité s'étend donc depuis 3 centimètres environ au-dessous des fausses-côtes jusqu'à la quatrième côte en avant comme en arrière. Pas de fluctuation; au contraire la masse paraissait être d'une dureté remarquable; la malade

(1) Lebert (H.), Klinik der Brustkrankheiten, 1874.
(2) Deffaux, Progrès médical, 12 déc. 1874.

n'éprouvait aucune douleur au repos; la pression n'en déterminait pas davantage, mais dans la station verticale, elle se plaignait de pesanteur et de tiraillements dans tout le côté gauche.

L'état général ne paraît pas du tout altéré, pas d'amaigrissement; l'appareil digestif fonctionne bien. Rien du côté des reins, l'urine normale. Rien au cœur, rien non plus dans la poitrine, si ce n'est la matité que nous avons déjà signalée et qui ne peut se rapporter qu'à la tumeur elle-même ou bien à un épanchement pleurétique.

Le diagnostic était difficile à faire, on songea à une hydronéphrose, puis avec plus de raison à un kyste hydatique dont on ne pouvait pas préciser le siége.

On fit quatre applications de pâte de Vienne, une ponction capillaire, le 24 septembre, donna issue à un liquide incolore non albumineux contenant de l'urée, mais pas de crochets. Nouvelle ponction le 3 octobre, évacuation de 1,000 grammes d'un liquide clair; on injecte une solution d'iodure de potassium et de teinture d'iode. Le lendemain, symptômes d'une péritonite.

La malade mourut le 10.

Autopsie. — Nous constatons tous les symptômes de la péritonite; mais l'examen spécial de la région malade nous a démontré que nous avions à faire à 3 kystes hydatiques isolés les uns des autres et développés dans le poumon, le rein et la rate. Le kyste du poumon le moins volumineux des trois, pouvait contenir un peu plus qu'un demi-litre de liquide; il est uniloculaire comme les deux autres. Au niveau du cul-de-sac diaphragmatique, les deux plèvres pariétale et viscérale sont adhérentes dans une étendue assez considérable; le diaphragme est sain. Le kyste de la rate est énorme; la rate entière est réduite à une coque. Le kyste du rein, celui qui a été ponctionné, s'est développé au dépens de la face antéro-supérieure du rein et est isolé par sa membrane enveloppante.

Rien ailleurs.

Obs. LXXX. (Lignerolles). Abcès anciens ou kyste hydatique du poumon (1).

M. Lignerolles montre à la Société anatomique les poumons d'un homme âgé de 50 ans, mort dans le service de M. Woillez.

Cet individu avait été pris, il y a trois semaines, de malaise et de fièvre. On avait observé de l'œdème des membres inférieurs et quelques signes qui avaient fait diagnostiquer une phthisie pulmonaire. Cependant on avait remarqué que l'expectoration, très-abondante, se faisait en masse, comme si à un moment donné, une caverne ou une dilatation bronchique se vidait spontanément. Un souffle intense était perçu dans la moitié supérieure du poumon droit. Un instant on crut

(1) Lignerolles, Bull. soc. anat., déc. 1874.

à une perforation pulmonaire, mais l'absence de tintement métallique et de bruit amphorique fit renoncer à cette idée. Le malade ne tarda pas à mourir. A l'autopsie, on trouva, creusée dans le poumon droit, une vaste cavité, tapissée d'une membrane lisse à travers laquelle venaient déboucher des vaisseaux bronchiques. Des cloisonnements et des brides s'étendaient au travers de cette cavité.

Le poumon gauche était sain. Devant cette lésion on fut obligé d'écarter l'idée d'une caverne tuberculeuse ou d'une perforation pulmonaire avec pleurésie ancienne. Les hypothèses d'un abcès ou d'un ancien kyste hydatique semblent les plus admissibles.

Réflexions. — M. Hayem regrette que l'examen histologique des parois de cette cavité n'ait pas été fait, car il aurait pu décider la question.

M. Houel. J'ai fait, dit-il, il y a quelques années un rapport sur une pièce analogue. Il s'agissait d'une poche creusée dans le poumon, limitée par une membrane très-mince, que je considérai comme une hydatide ancienne. La membrane adventice fibreuse semble manquer le plus souvent dans les kystes hydatiques du poumon, si bien même que Rokitansky l'a niée. Cependant j'ai démontré que cette membrane existait toujours ; mais que dans le poumon, elle était réduite à une mince couche de tissu pulmonaire. Pour la pièce dont je parle on avait aussi agité l'hypothèse d'un abcès.

M. Desprès. Les tractus et cloisonnements observés dans cette cavité me paraissent devoir éloigner l'idée d'un kyste hydatique. Je me rattacherai davantage à l'hypothèse d'un ancien abcès ou d'une dilatation bronchique avec pneumonie chronique.

M. Hayem, dit, que M. Duguet a rencontré à l'hôpital des Enfants, une pièce qui était un exemple manifeste d'un abcès du poumon. Or, je ne retrouve ici aucun des caractères de l'abcès du poumon. La membrane limitante ne ressemble nullement à une membrane pyogénique. Je crois donc qu'il y a une bronche dilatée, et cela en considération de l'état lésé et comme muqueux de la paroi.

M. Ranvier dit que, la lésion étant déjà ancienne, des transformations successives ont pu changer assez les caractères primitifs pour rendre l'élucidation de la question impossible.

Une commission fut nommée pour examiner la pièce. Le rapport n'a pas été remis.

Obs. LXXXI. (Liouville et Straus) (1).

Il s'agit d'un homme âgé de 52 ans, marbrier; santé bonne. Il fut pris presque subitement, à son réveil, d'une paraplégie avec sensation de fourmillements dans les membres inférieurs.

Tout d'abord on aurait pu croire à une hémorrhagie ou à un ramollissement intra-rachidien, car le malade ne souffrait d'aucune manifestation intérieure; toutefois, on fit des réserves, quant au diagnostic, la cause échappant complètement à toute investigation.

Bientôt la maladie s'accentua, puis évolua dans le sens d'une compression de la moelle; des eschares survinrent à la région sacrée. Il y eut de l'arthropathie ; troubles urinaires et constipation.

Le malade mourut en janvier 1875.

L'autopsie démontra qu'on avait affaire à un kyste hydatique, ouvert dans la cavité rachidienne au niveau des neuvième et dixième vertèbres dorsales et comprimant la moelle. Celle-ci était anémiée presque absolument, au-dessous du point enserré par la pachyméningite et les vésicules hydatiques ; il en était ainsi des nerfs de la queue de cheval. Lésions de myélite au point comprimé. Le ligament intervertébral correspondant au kyste était détruit et le corps de la vertèbre creusé de cavités dans les fentes desquelles se voyaient les hydatides, les unes à parois résistantes et opaques, les autres transparentes et fragiles. D'autre part, on trouvait, entre le poumon gauche et le diaphragme, une vaste collection de vésicules arrondies de grandeurs variées, depuis une cerise jusqu'à un grain de raisin, emprisonnées dans une matière gluante, visqueuse, jaunâtre, composée de graisse et de cholestérine. Cette collection avait détruit le tissu cellulaire, les muscles et érodé les os, en s'infiltrant en tous sens, mais n'avait jamais fait de saillie apparente à l'extérieur. La coexistence de plusieurs foyers hydatiques aurait rendu difficile de savoir quel était le vrai point de départ de l'affection, si l'on n'avait pas constaté dans les parties extra-rachidiennes des lésions paraissant plus anciennes.

Toutefois, la rupture, probablement préparée sourdement, a été brusque, et la compression s'est accentuée tout aussitôt; car les premiers

(1) Liouville et Straus, Gaz. méd., 30 Janvier 1875.

symptômes, rapidement sérieux, furent presque subits, comme on l'a vu.

Obs. LXXXII (inédite).

Gamba (Alexandre), 54 ans, cartonnier, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bernard, le 30 mars 1874. Service de M. Gueneau de Mussy. Mort le 21 mai.

Le malade était considéré comme phthisique (avec quelques réserves pourtant), jusqu'au 21 mai ; ce jour-là, en toussant il rendit (dans la nuit précédente ou le matin) des membranes d'un blanc laiteux et lisses, les unes minces, les autres assez épaisses, et nageant dans un liquide clair, muqueux, abondant, et extrêmement filant. C'étaient des débris de poches hydatiques, ce qui fut confirmé par l'étude attentive des antécédents et par l'autopsie.

Le malade nous apprit alors que deux ans auparavant une tumeur qu'il portait à l'épigastre depuis quatre ans, dont le volume était celui d'un œuf de poule, et qui jusqu'alors était restée indolente, s'affaissa, cet affaissement coïncida avec des douleurs extrêmement vives ressenties dans l'épigastre et les hypochondres ; quelques troubles gastriques, des frissons, de la fièvre, une douleur sous la clavicule gauche, et à partir de ce moment il toussa.

Nous supposâmes alors, que ce malade avait porté longtemps un kyste hydatique au foie, que ce kyste s'était ouvert du côté du poumon et que finalement il en avait rendu des débris par les bronches.

Nous fûmes ainsi portés à nous demander de nouveau sur quels signes nous nous étions fondés pour considérer ce malade comme un tuberculeux.

Voici de quelle manière le malade s'était offert à notre observation dès son entrée.

Il entrait à l'hôpital pour une hémoptysie assez abondante et se disait malade depuis deux ans. Depuis deux ans il toussait, éprouvait de l'oppression et ses forces avaient diminué, nous dûmes remarquer cependant que son facies n'était que peu altéré. En remontant plus loin dans ses antécédents nous apprenions qu'il y a vingt-cinq ans il avait eu une pleurésie du côté droit, et que depuis cette époque il éprouvait une certaine gêne dans la respiration et s'enrhumait facilement.

Nous l'avons interrogé sur la santé de sa famille et nous n'avons rien appris qui fût utile à consigner. Ainsi le point de départ de son affection actuelle paraissait remonter à 25 ans et le début proprement dit à 2 ans.

Huit mois avant son entrée, salle Saint-Bernard, il avait déjà reçu des soins dans un autre service de l'Hôtel-Dieu, pour les mêmes troubles (toux, etc.). Puis deux mois après (six mois avant son admission

actuelle), il avait eu une hémoptysie abondante. Son premier séjour à l'Hôtel-Dieu n'avait pas amélioré sa santé. Il se soigna pendant quelque temps chez lui ; finalement, lorsque la seconde hémoptysie eut lieu, il fut admis de nouveau dans cet hôpital, salle Saint-Bernard.

Son ancienne pleurésie, sa toux, son oppression, l'amaigrissement, la fièvre, les sueurs nocturnes, les deux hémoptysies graves faisaient déjà présumer que le malade était tuberculeux. Ses crachats étaient purulents, nummulaires, les uns colorés d'un rouge vif carmin, les autres d'une teinte rouge-brique de moins en moins accusée à mesure que l'hémoptysie diminuait et tendait à disparaître.

Les crachats présentèrent cet aspect pendant quelques jours, puis ils devinrent salivaires, clairs, et légèrement spumeux, assez abondants ; plus tard il eut une nouvelle hémoptysie (la troisième), légère, et les crachats présentèrent le même aspect qu'au moment de son entrée. Puis l'expectoration redevenait muqueuse. Nous reviendrons sur cette alternance dans l'état purulent et muqueux des crachats. Voyons maintenant quels résultats nous a fournis l'exploration de la poitrine.

La percussion à gauche dans les fosses sus et sous-épineuses donne un son à tonalité plus élevée qu'à droite ; il existe dans les mêmes régions une certaine dureté sous le doigt.

Un souffle bronchique surtout expiratoire existe au même niveau, la respiration est comme effilée, et il existe de la congestion aux deux bases.

Les vibrations thoraciques sont moins prononcées à gauche qu'à droite.

En avant et à gauche la percussion sur la clavicule provoque des accès de toux. Il existe là et au-dessus de la clavicule de la matité presque absolue. Cette matité s'étend jusqu'à la moitié gauche du sternum.

La respiration présente le type renversé et par moment on entend des râles et un léger souffle qui ont un caractère cavernuleux. Le bruit respiratoire n'est d'ailleurs presque pas perçu.

Les urines ne sont pas albumineuses.

L'état de la poitrine persiste à peu près tel qu'il est noté à l'entrée. Le seul changement important a eu lieu dans les phénomènes d'auscultation à gauche et en avant. La respiration à ce niveau est devenu bientôt absolument silencieuse, et nous ne pouvons nous empêcher de remarquer, presque tous les jours, les particularités suivantes, à savoir : 1° la matité et le silence absolu sur toute la hauteur du côté gauche en avant, et, 2° l'alternance dans l'état purulent opaque et dans l'état muqueux clair des crachats.

L'idée d'une tumeur ne nous vint pas à l'esprit. Les crachats avaient pourtant particulièrement fixé notre attention.

L'examen de ces crachats et les renseignements que nous obtenions

du malade nous ont permis de donner les caractères suivants. Ce sont des crachats purulents, opaques, non mêlés de sérosité, occupant le fond du crachoir, assez bien délimités et se touchant sans se confondre, généralement arrondis, en quelques points allongés. Ils sont assez visqueux, adhérents au vase. Colorés par du sang à des degrés divers, on trouve depuis le rouge carmin vif jusqu'aux crachats franchement jaune verdâtre clair, toute la série des décolorations à tel point qu'on peut donner l'âge en quelque sorte de chacun d'eux. Le crachat rouge carmin vif est le premier rendu, le malade nous le dit lui-même et les derniers rendus sont franchement jaune verdâtre ou salivaire spumeux ; mais à côté du crachat rouge carmin vif, on trouve quelques autres crachats couleur de tabac rougeâtre, ceux-ci nous paraissent des crachats de la veille, ayant séjourné dans les bronches.

Ainsi on suit par l'aspect de ces crachats la diminution graduelle de l'hémoptysie (c'était la troisième la plus légère) et l'on constate la purulence absolue.

Les crachats pouvaient-ils nous mettre sur la voie du diagnostic ? Il est peu probable puisque dans la phthisie pulmonaire fréquemment on les retrouve avec les mêmes caractères. Le seul détail intéressant est que cette expectoration ne changeait en aucune sorte les résultats de l'auscultation, spécialement à gauche.

Telles étaient les notions que nous possédions sur ce malade le jour où il nous montra, mêlés à un liquide muqueux extrêmement visqueux, des débris de membranes dont il est parlé plus haut. Immédiatement nous dûmes reformer notre diagnostic, mais le pronostic restait grave, car nous craignions que le malade ne courût le risque d'être asphyxié par le rejet difficile d'autres débris de membranes. C'est ce qui malheureusement eut lieu.

Les signes fournis par la percussion et l'auscultation à gauche avaient peu varié après le rejet des membranes. Il était revenu un peu de son sous la clavicule et dans les fosses sus et sous-épineuses. A l'auscultation à gauche on entendait de gros râles ronflants dans toute la hauteur du poumon, surtout pendant l'expiration, ces râles pouvaient être perçus par l'application seule de la main.

Le soir, vers six heures, le malade a été pris d'un accès de toux avec étouffement, pendant lequel il rejeta par la bouche et par le nez de nouveaux débris de membranes en grande quantité, et la moitié d'un crachoir de pus extrêmement fétide, dont la première moitié était jaune sale, et l'autre coloré en rouge-brique sale.

Au bout de dix minutes le malade expirait avec tous les signes de l'asphyxie par strangulation, et deux heures après nous retrouvons encore sur la face les signes de cette asphyxie. La face et le larynx sont injectés, les veines se dessinent au cou, à la face et à la racine

du cuir chevelu. Le traitement ne présente rien de bien remarquable ; on fit généralement usage des toniques et des reconstituants. Contre la toux et l'oppression on employa des calmants et des narcotiques. Vers le milieu du mois de mai on ajouta des fébrifuges, et vers la fin des potions cordiales.

Autopsie. — Aspect général.

Cavité thoracique : adhérences des deux plèvres beaucoup plus prononcées à gauche qu'à droite. Pour enlever les viscères thoraciques sans modifier l'état du poumon on a détaché avec soin la plèvre pariétale. Cavité abdominale : il s'en écoule une certaine quantité de sérosité. Au niveau et au-dessous du ligament suspenseur du foie, et au niveau du sillon interlobaire de la face antérieure du foie, on voit une saillie hémisphérique jaunâtre, kystique, donnant à la percussion la sensation d'un ressort, occupant toute l'épaisseur du foie et représentant le volume d'une grosse orange. Le grand épiploon adhère à certains points de l'estomac et à quelques anses intestinales. L'épiploon transverse adhère au foie et en un point situé à gauche du sillon.

Le lobe droit du foie, à sa face convexe, présente quelques adhérences cellulo-fibreuses à la face inférieure du diaphragme, de même pour le lobe gauche, mais nulle part il n'existe de communication anormale entre le foie d'une part et la cavité thoracique de l'autre. La rate présente des adhérences avec le diaphragme. Un peu de sérosité dans le péritoine.

Description particulière de chaque organe :

1° Rein droit : hauteur 11 centimètres, largeur 7 cent. ; violet foncé, très-congestionné.

2° Rein gauche : hauteur 11 cent., largeur 6 centimètres. Pas aussi aplati, plus arrondi en certains points ; il est ovalaire, il pèse plus que le droit et présente des points où le tissu est jaunâtre au lieu d'être violacé. Traces des deux lobules normaux. Après la section on découvre deux cavités du volume d'une noix, communiquant entre elles, remplies d'un liquide laiteux dans lequel nagent des grumeaux blanc jaunâtre, tapissés d'une couche blanc jaunâtre, friable, et en certains points membraniforme, analogue aux membranes mêmes rejetées par la bouche.

3° *Rate :* Hauteur 11 cent. ; largeur 8 1/2 cent. ; épaisseur 4 cent. ; molle, diffluente, friable.

4° *Foie :* Diamètre transversel total 28 cent. ; profondeur à droite, 22 cent. ; profondeur à gauche, 20 cent.

Le foie a subi en certains points la dégénérescence amyloïde, constatée par l'emploi de l'iodure de potassium ioduré. Le kyste fait saillie à la face inférieure au niveau du hile, tend fortement et aplatit les deux branches de la veine porte dont la surface est vascularisée et

présente quelques adhérences (l'ascite que l'on a remarquée chez le malade peut avoir eu cette compression pour cause).

Le kyste est rempli de kystes plus petits de diverses grosseurs, le plus gros comme une noix, et au centre une poche flétrie colorée en jaune et en rouge et pouvant être regardée comme formant l'ancienne tumeur dont le malade avait signalé la disparition il y a deux ans. A l'ouverture du kyste principal il s'est échappé une certaine quantité de liquide très-blanc, non visqueux. Un liquide de même nature remplit les petits kystes contenus dans la même poche.

5° *Ganglions :* Au niveau de la bifurcation, au-dessous et au-dessus de la branche gauche principalement, on suit une chaîne de ganglions enflammés, rénitents, de la grosseur d'une noisette, et présentant une couleur violette à la coupe.

6° *Péricarde :* Un peu de liquide rougeâtre dans le péricarde.

7° *Cœur :* Flasque, surchargé de graisse, très-mou, s'aplatit totalement sur la table. Dans cette position, il a 11 centimètres dans son diamètre transversal et vertical. Les cavités gauches sont vides, à droite quelques petits caillots.

8° *Poumon droit :* Emphysème généralisée et congestion à la base.

9° *Poumon gauche :* Le pneumogastrique gauche est vascularisé, et est adhérent au poumon. Il existe un certain degré de médiastinite. Le lobe supérieur, à un centimètre de sa surface antérieure, est le siége d'une vaste caverne pouvant contenir une très-grosse orange. Cette caverne est presque vide, ne contient qu'une petite quantité de liquide trouble et rougeâtre. Les parois de cette caverne sont grises et bleuâtres, tachetées de rouge pâle, lisses. Elles sont directement formées par le tissu pulmonaire, et ne se trouvent tapissées ni par une lamelle conjonctive, ni par une membrane adventice quelconque. Cette caverne communique librement avec la première division bronchique gauche.

Le lobe inférieur crépite. La partie inférieure du lobe supérieur est condensée comme dans la pneumonie. C'était évidemment dans cette poche qu'étaient contenus et le kyste et les membranes rendues pendant la vie.

On trouve un kyste contenant un liquide citrin dans le lobe gauche du corps thyroïde.

La trachée et les bronches sont fortement injectées. Le lobe supérieur du poumon présente au niveau de la partie postérieure de la scissure interlobaire cinq ou six cavités sphacelées et contenant un pus sanieux et d'une odeur affreuse.

Au niveau de l'angle inférieur et antérieur de ce même lobe se trouve une cavité de la grosseur d'un œuf, remplie aussi d'un pus sanieux. L'examen au microscope a fait découvrir les échinocoques entiers avec les crochets rentrés

A la surface du kyste flétri on voit une substance de couleur rouge verdâtre, qui, examinée au microscope, contient de petits cristaux losangiques plats.

CAS DE GUÉRISON.

Obs. LXXXIII. (Doubleday). Hydatides expectorées (1).

En 1776, le docteur Doubleday rapporta le cas d'une femme d'un âge moyen qui, après avoir éprouvé pendant deux années de la difficulté à respirer et d'autres symptômes pulmonaires, avec de l'amaigrissement, expectora tout à coup, en toussant, du sang mêlé d'une matière transparente et visqueuse comme du blanc d'œuf. La matière expectorée remplit une cuvette ; elle contenait un certain nombre de vésicules transparentes, variant pour la grosseur depuis un gros pois jusqu'à celui d'un œuf de poule, plus ou moins déchirées, mais paraissant avoir contenu la matière glaireuse expectorée.

Après avoir rendu ces corps. elle recouvra un état de santé meilleur que celui dont elle avait joui depuis longtemps. Elle parut tout à fait guérie quelques années après.

Obs. LXXXIV. (Johnson). Hydatites expectorées (2).

En 1785, Johnson, chirurgien de Lancastre, publia l'histoire d'une femme âgée de 49 ans, qui avait longtemps souffert d'une douleur du côté droit, avec des symptômes d'une maladie du foie.

En septembre 1779, elle fut prise de toux et d'une grande difficulté de respirer. Dans le mois de mars 1780, elle commença à expectorer des hydatides siégeant dans une matière gélatineuse. Elle continua d'en expectorer chaque jour pendant près de quatre mois et puis seulement de temps à autre.

Au mois de janvier 1783, tous les accidents prirent une nouvelle intensité et la malade expectora à la fois un grand nombre d'hydatides. Elle recouvra bientôt après une santé parfaite. Le nombre des hydatides rendues était de plus de 100. Les plus grosses étaient rompues, elles égalaient en grosseur un œuf de poule. Le plus grand nombre avait le volume d'une noix muscade.

Obs. LXXXV et LXXXVI. (Laënnec et Ribes). Hydatides expectorées (3).

Laënnec rapporte avoir vu, en 1789, un malade qui expectorait des hydatides, et qu'un cas semblable lui a été montré par Ribes.

L'un et l'autre de ces malades se rétablirent.

(1) Medical observat. and inquiries, vol. V, p. 113. Davaine. ouvr. cit., p. 429.

(2) Johnson, in London medic. journ., vol. VI, p. 293 (Doubleday), Abrégé des Transactions philosop., partie VI ou VII. Anat. anim., p. 180. Transactions philos. de Londres (Andral sans nom d'auteur). Davaine, Traité des entozoaires, p. 429.

(3) Laënnec, Traité de l'auscultation médicale, t. II, n. 201, 3e édit. Davaine, Traité des entozoaires, p. 431.

Obs. LXXXVII. (Laënnec). Kyste hydatique du poumon ouvert dans l'intestin (1).

J'ai été consulté, il y a environ 15 ans, dit Laënnec, pour une jeune personne qui éprouvait une grande dyspnée, avec toux, expectoration abondante et amaigrissement notable. L'ensemble des symptômes qu'elle présentait annonçait, en un mot, la phthisie pulmonaire. Un jour, elle éprouva des douleurs très-vives dans la région épigastrique ; quelques heures après, elle rendit par les selles une quantité considérable d'acéphalocystes, dont la grosseur varia depuis celle d'une aveline jusqu'à celle d'un œuf de pigeon.

Dès ce moment la fièvre hectique, le catarrhe et la dyspnée cessèrent, et peu de temps après, la malade avait repris son embonpoint et ses forces. Ne peut-on pas penser que chez cette malade un kyste, placé dans le poumon gauche, se sera ouvert à travers le diaphragme, dans l'estomac ou le côlon transverse ?

Obs. LXXXVIII. (Corvisart). Hydatides expectorées (2).

On trouve dans le *Journal de médecine* de Corvisart (1801), le cas d'un jeune homme qui expectora des hydatides.

Le malade rapporte qu'ayant atteint l'âge de 27 ans, sans avoir jamais souffert de maladie sérieuse, il fut pris d'une forte douleur dans le côté gauche après s'être exposé au froid et à l'humidité ; cette douleur, quoique bientôt guérie, revint après un intervalle de deux mois et persista pendant trois mois. Il commença à cracher des matières rougeâtres, et il sentit dans le côté gauche un léger gargouillement. La santé se dérangea de plus en plus, et à cette époque, il expectora, en toussant, une grande quantité de liquide albumineux et d'une couleur pâle. Il fut alors reçu à l'hôpital par Corvisart. Peu de temps après avoir rendu le liquide dont il est parlé ci-dessus, il commença à expectorer par intervalles des lambeaux de membranes ressemblant à du blanc d'œuf coagulé. Ces lambeaux continuèrent à être expulsés pendant quelques mois.

Le malade, étant réduit à l'état le plus grave, obtint un jour une amélioration soudaine après avoir expectoré un lambeau d'hydatide grand comme la main. Ayant remarqué qu'une position du corps dans laquelle la tête en bas favorisait la sortie des matières, il avait pris cette position qui avait aidé à l'expulsion de cet énorme lambeau, non sans menace de suffocation. A partir de ce moment, la santé continua de

(1) Laënnec, t. II, p. 201, et Davaine, Traité des entozoaires, p. 417.

(2) Histoire d'une maladie singulière de poitrine observée à la Clinique interne de l'école de Paris, Journal de Corvisart, t. II, p. 195, an IX. Mémoires de l'Académie de médecine, 1813, Ch. Baron, et dans Davaine, ouvr. cité, p. 430.

s'améliorer et le jeune homme paraissait guéri à l'époque où il faisait a relation de sa maladie.

Il remarque qu'il n'avait pas l'apparence d'un phthisique.

Obs. LXXXIX. (Baumes). Hydatites expectorées (1).

Baumes rapporte qu'une dame de 25 ans, sujette à une toux forte et convulsive, fut atteinte de dyspnée, de picotement dans l'intérieur du thorax ; elle cracha du sang et de plus quelques lambeaux membraneux blancs et lymphatiques.

La malade fut mise à l'usage du calomel et guérit.

Obs. LXXXX. (Duncan). Hydatites expectorées (2).

En 1811, un médecin de Londres communiqua au docteur Duncan (d'Edimbourg) les détails de la maladie d'une femme de 24 ans, qui fut d'abord prise des symptômes d'une pleurésie pour laquelle elle subit un traitement actif ; au bout de deux mois, il survint une toux accompagnée d'expectoration de pus d'une odeur fétide ; bientôt après cette malade expectora, à la suite de quelques accès de toux, des fragments de membranes transparentes, consistant en plusieurs lambeaux qui étaient évidemment des membranes d'hydatides. Cette expectoration procura un soulagement immédiat aux douleurs de poitrine et aux suffocations. La toux et l'expectoration ayant persisté pendant trois mois, elle recouvra enfin ses forces, mais elle continua à souffrir des symptômes pulmonaires pendant un an et demi.

Obs. LXXXXI. (Fréteau). Kyste ouvert par le bistouri dans le côté droit et spontanément dans les bronches. Guérison.

Il s'agit d'un homme âgé de 28 ans, qui fut pris en janvier 1811, de douleurs rhumatismales, en août de douleurs de reins, principalement dans le côté droit de la poitrine, s'étendant au bras et à l'épaule. Fièvre, oppression, hoquet, urines rouges.

Le 2 octobre, douleurs du côté, toux pénible, empâtement de l'étendue d'une carte à jouer à la partie postérieure et inférieure du côté droit son centre répondant à la hauteur du onzième espace intercostal; matité à la percussion.

Le 12 novembre, un demi-verre de pus est rendu dans une crise de

(1) Ann. de la sec. de méd. de Montpellier, 1803. numéro de thermidor an IX, cité par Fréteau, et dans Davaine, ouvr. cité.

(2) Edinb., Med. and Surg. Journal, vol. VII, p. 490, Doubleday. Davaine, ouvr. cité, p. 430.

(3) Opération de l'empyème, par Fréteau, médecin de Nantes, 1812, dans Journ. gén. de Sédillot, t. XLIII, p. 121. En extrait dans Cruveilhier, art. Acép., p. 249, et dans Davaine. Traité des entozoaires, p. 416.

toux ; une fluctuation manifeste existe au centre de l'empâtement, avec cette particularité qu'en pressant cette partie, on fait rentrer le fluide en dedans de la poitrine, et qu'en faisant alors tousser le malade, la tumeur molle se reproduit aussitôt. Une incision longue de 18 lignes, est pratiquée au centre de l'empâtement, à la hauteur de l'intervalle des troisième et quatrième fausses côtes et suivant leur direction; une hydatide est mise à nu et ouverte, écoulement d'un liquide limpide, puis d'une grande quantité de pus jaunâtre.

La membrane hydatique se retrouve le lendemain dans les pièces de pansement; elle a le volume d'un œuf d'oie. Pendant dix jours plusieurs hydatides plus petites sortent par la plaie, avec une grande quantité de pus.

Dans la nuit du quinzième jour de l'opération, anxiété précordiale, toux pénible, 10 hydatides rougeâtres grosses comme des lentilles sont rendues par expectoration; elles sont entières et plongées dans un mucus rougeâtre. 20 hydatides rougeâtres, avec du pus de couleur sirop de groseille, sortent le lendemain par la plaie. Le dix-septième jour de l'opération, toux intense et expectoration de plusieurs hydatides rouges. Le vingt et unième jour, issue par la plaie de 81 hydatides rouges. Le vingt-deuxième jour, nouvelle issue d'une centaine d'hydatides. Le vingt-troisième jour, 150 hydatides sortent de nouveau, avec une grande quantité de matières rougeâtres. Le 10 décembre, expectoration de deux poches hydatiques, longues de 6 à 7 lignes, avec menaces de suffocation, syncopes. Jusqu'au 26 décembre (quarante-cinquième jour après l'opération), des hydatides en plus petit nombre sont rendues de temps en temps par l'expectoration.

Le 4 janvier l'expectoration d'hydatides a cessé. Le 24 la plaie, réduite à une petite ouverture fistuleuse, n'offre qu'une légère suppuration de bonne nature. L'état général s'améliore de jour en jour.

Obs. LXXXXII. (Beaugendre). Hydatites expectorées (1).

Laënnec rapporte que le docteur Beaugendre lui a fait voir à Quimperlé, en 1821, une dame convalescente d'une affection de poitrine, pendant laquelle elle avait craché un grand nombre d'acéphalocystes. On reconnaissait encore un rhonchus caverneux dans le point occupé par le kyste. M. Beaugendre dit avoir entendu plusieurs fois un léger gargouillement indépendant des mouvements respiratoires, et qui paraissait dû à la contraction automatique des vers vésiculaires.

Obs. LXXXXIII. Expectoration d'hydatides (2).

Ann. Smith, domestique, âgée de 15 ans, entrée à Guy's Hospital, le 16 décembre 1835, service du Dr J. Ridge. Elle avait une assez bonne

(1) Laënnec, t. II, p. 202, et dans Davaine, Traité des entozoaires, p. 421.
(2) J. Ridge. Guy's Hospital Reports, vol. VI, p. 507. 1836.

santé, cependant de temps à autre elle éprouvait une douleur dans le côté droit, accompagnée de toux, mais elle n'a jamais été vraiment malade; elle n'a jamais eu ni jaunisse, ni ascite. Elle n'est pas encore réglée, et est à Londres depuis un an.

Il y a dix-huit semaines, elle fut subitement prise de douleur de côté accompagnée d'expectoration et de fièvre. Au fur et à mesure que ses symptômes disparaissaient ils étaient remplacés par de la diarrhée, des sueurs abondantes surtout le matin.

Au moment de son entrée, la face est colorée, douleur sternale et épigastrique dans les inspirations forcées. Pouls 120.

La poitrine est sonore à gauche, en avant et en arrière ; à droite, sonorité normale au-dessus de la mamelle, mais une matité occupant tout le côté droit du thorax, limitée supérieurement par la partie inférieure de l'aisselle, et en arrière par l'épine de l'omoplate, où l'on observe aussi une dépression costale.

Auscultation. A droite, respiration caverneuse, gargouillement, pectoriloquie très-prononcée dans toute la partie mate (c'est-à-dire les deux tiers inférieurs du poumon droit).

A gauche, on entendait presque partout des râles muqueux et sibilants.

Les battements cardiaques sont forts et diffus.

Pendant une quinzaine de jours elle éprouvait les mêmes symptômes, c'est-à-dire, des sueurs nocturnes, de la diarrhée, toux très-fatigante accompagnée d'une expectoration muqueuse, douleur à l'épigastre, et des palpitations cardiaques, le pouls est toujours accéléré.

Le 1er janvier, elle fut prise d'un accès de suffocation, accompagné d'un sentiment de picotement dans la poitrine, et elle rendit en toussant une grande quantité de matière brunâtre muco-purulente et très-fétide, mélangée avec du sang et des kytes hydatiques. Elle était couverte de sueur, et sa respiration bruyante s'entendait à distance. Elle continue à expectorer en assez grande quantité d'une matière brun clair, jaunâtre, contenant des kystes hydatiques, évaluée à deux pintes en vingt-quatre heures.

Mais la sensation de déchirement avait disparu, et elle ne souffrait ni de la poitrine ni du foie, il existait un peu de plénitude dans l'hypochondre droit.

Au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate droit des râles muqueux et sibilants se faisaient entendre, au-dessous la respiration était toujours caverneuse, accompagnée de gargouillement, la voix parfaitement résonnante; ces signe s'entendent également mais à un moindre degré dans la région inférieure de l'aisselle et dans la région antérieure correspondante. Il existe du gargouillement dans la région sous-claviculaire, mais il n'y a pas de pectoriloquie.

Signes de bronchite dans le poumon gauche.

Les réactions chimiques révèlent la présence des acides biliaires dans les crachats.

La quantité de l'expectoration et des kystes diminue graduellement, en même temps une amélioration notable et continue se manifeste. Les signes de caverne s'effacent.

Pourtant le 6 mars on constate de nouveau du gargouillement et l'auscultation démontre la présence de liquide à la base du poumon droit. Il s'est fait une nouvelle expectoration de pus et de kystes, sans douleur.

A partir de cette époque tout marchait pour le mieux, peu après elle partit guérie. Le 10 mai rien de nouveau, la guérison s'est affirmée, elle a beaucoup engraissé, on entend encore quelques râles crépitants, dans un espace très-limité, mais la sonorité du poumon droit est presque semblable à celle du poumon gauche.

Obs. LXXXXIV. (Hœring). Hydatides expectorées (1).

Il s'agit d'un homme âgé de 42 ans, habituellement bien portant; il lui survint à la poitrine deux petites tumeurs qui s'ouvrirent et donnèrent issue pendant plusieurs mois à un liquide séreux. Le 26 mars 1835, M. Hœring observa tous les signes de la phthisie; le 16 mai, une *vomique* survint avec expectoration de pus sanguinolent, puis du sang pur. Le 19, il survint des accès violents de suffocation, à la suite desquels le malade rendit une assez grande masse membraneuse entourée de beaucoup de pus. Le soir, nouvelle expulsion d'une masse semblable qu'on reconnut pour une hydatide, sa dimension est à peu près celle d'un œuf d'oie. Au bout de quelques jours, l'état du malade s'améliora; au mois de juillet il put reprendre ses occupations de bureau. L'automne et l'hiver se passèrent bien, sans nouvelle expectoration d'hydatides.

Obs. LXXXXV. (Brugnon). Thoracentèse. Guérison (2).

Il s'agit d'un homme chez lequel existaient les signes d'un épanchement considérable dans la plèvre gauche; il y sentait des ondulations au moindre mouvement; la succussion de la poitrine ne donnait aucun signe; au-dessous des fausses côtes on sentait une tumeur fluctuante à la circonférence et dure au centre; la dyspnée était extrême. Une aiguille à séton fut introduite entre la cinquième et la sixième côte; elle fut remplacée par une sonde de gomme élastique; il s'écoula d'abord sept livres de sérosité, l'écoulement continua pendant plusieurs jours: enfin

(1) Dr Hœring, Wissenchaftliche Annal. der gesammten Heilkunde, et Gaz. méd. Paris, 1836, t. IV, p. 601. Davaine, Traité des entozoaires, p. 431.

(2) Giornale per servire ai progressi della patologia e della terapeutica, 1838, t. IX, fasc. 25, cité par Valleix, Archiv. de méd., 3e série, t. V, p. 580, 1839, et C. Davaine, Traité des entozoaires, 1860, p. 614.

il sortit aussi de petites hydatides globuleuses. Quinze jours après l'opération, le malade fut assez bien pour entreprendre une excursion de plusieurs milles.

Obs. LXXXXVI. (Husson). Expectoration d'hydatides. Hémoptysie (1).

M. Husson montre des membranes rejetées par expectoration et dans lesquelles on retrouve tous les caractères de débris d'hydatides. C'est la douzième ou quinzième expectoration semblable, chaque fois accompagnée d'une hémoptysie abondante (de 60 à 80 grammes). Chez le jeune homme qui est le sujet de cette observation, l'auscultation ne fournit que des signes négatifs, hormis les époques des hémoptysies où l'on entend des râles muqueux au sommet des poumons. Ces accidents ne paraissent avoir eu aucune suite fâcheuse sur la nutrition et le développement physique.

Obs. LXXXXVII. (Arrowsmith). Expectoration de membranes hydatiques (2).

Le cas d'Arrowsmith concerne un boucher de 30 ans, toujours bien portant auparavant. Toux violente avec expectoration, matité à la percussion de la partie supérieure de la poitrine du côté gauche; diminution du bruit respiratoire avec des râles sibilants au même niveau; plus tard, traces de sang dans les crachats; il y avait également des frissons, des sueurs nocturnes et de la diarrhée. L'expectoration devint plus foncée en couleur, jaunâtre, d'une odeur nauséabonde, présentant toujours des stries sanguines; la toux augmenta, il se présenta de l'œdème des jambes. Finalement le malade rejeta des membranes hydatiques en toussant, à des intervalles de quelques semaines; puis la toux diminua rapidement, le bruit respiratoire se rétablit et le malade revint peu à peu à la santé.

Obs. LXXXXVIII. (Rose). Expectoration d'hydatides (1).

Le Dr Rose rapporte qu'il a observé en 1828 une bergère qui rendit plusieurs centaines d'acéphalocystes, ces expectorations étaient fréquentes, quelquefois accompagnées d'hémoptysie.

Malgré cela, sa santé est assez bonne, elle se plaint pourtant de dyspnée.

Obs. LXXXXIX. (Babington). Kyste hydatique du poumon droit. Empyème. Paracentèse. Guérison.

Le nommé H. S..., âgé de 19 ans, garçon marchand de vins, entre à Guy's hospital, service du Dr Babington, le 2 décembre 1840.

(1) Husson, Bull. Soc. anat., ann. XV, 1840, p. 172, et Davaine, Traité des entozoaires, p. 420.
(2) Provinc. Med. Journ., fasc. 6, 1854, Bd. IV, p. 475.
(3) London Medical Gazette, 1844.
(4) Babington, Guy's Hospital reports, p. 97, 1844.

Antécédents. Pleurésie il y a deux ans. Il y a un an, douleur dans l'épaule droite, à l'épigastre et dans les lombes. Il y a huit mois, il remarque une tumeur située un peu à gauche du creux épigastrique. Enfin il y a trois mois, la toux s'aggrave, s'accompagne d'une expectoration sanguinolente et jaunâtre qui persiste jusqu'à son entrée.

État actuel. Ce jeune homme est amaigri, il éprouve des sueurs nocturnes, de la dyspepsie et ses pieds sont œdématiés. La percussion indique de la matité dans toute la moitié droite de la poitrine et une sonorité normale à gauche; à ce niveau, la respiration est puérile (l'observation ne donne pas ces caractères du côté droit). A la mensuration, on constate une augmentation d'un pouce (2 centimètres et demi) dans la circonférence de la moitié droite du thorax. Le malade ne se couche que sur le côté droit.

On crut à une affection maligne du poumon; lorsque tout à coup, pendant la nuit du 15 décembre, il est pris d'un violent accès de toux avec menace de suffocation, et il expectore du sang et des membranes hydatiques.

Le Dr Babington croyant qu'il y avait du liquide dans la plèvre, fit faire une exploration avec le trocart fin; on évacua ainsi une demi à une pinte de liquide purulent, peu après le malade est pris d'un accès de toux et de suffocation.

Il continue pendant quelques semaines à expectorer environ une demi-pinte d'un liquide purulent contenant des débris hydatiques en vingt-quatre heures. Quelques mois plus tard il quitta l'hôpital en assez bonne santé.

La tumeur dans l'hypochondre gauche a persisté toujours avec les mêmes caractères.

Obs. C. (Monro). Expectoration d'hydatides (1).

Le Dr Monro (1801) raconte l'histoire d'un malade âgé de 32 ans, qui éprouvait une douleur dans le côté droit de la poitrine derrière la mamelle; ses souffrances ne furent allégées ni par la saignée ni par la vésication. Il n'avait ni fièvre, ni dyspnée, ni gène de la respiration, le décubitus se faisait indifféremment d'un côté ou de l'autre. Il fut soulagé par l'expectoration d'une assez grande quantité d'hydatides de différentes dimensions. Quelques jours avant cette expectoration, la douleur de poitrine devint très-aiguë. L'expectoration était accompagnée de quintes de toux et de suffocation.

Pendant huit mois, ce malade continua à rendre des hydatides, mais depuis huit ans il n'en a point expectoré.

(1) Observ. citée par Wright, in Medical Times Gaz., 1844-45.

Obs. Cl. (Baron). (1).

Le nommé Quentin, âgé de 30 ans, marchand, entra dans la salle Saint-Landry, à l'Hôtel-Dieu, service de M. Louis (1838).

Cet homme porte depuis deux ans une tumeur à l'épigastre du volume d'une petite pomme quand il s'est aperçu de son existence; elle prit ensuite de l'accroissement. Située d'abord dans la région du pylore, elle s'étendit à gauche. La pression y était à peine sensible. Depuis son développement, il est sujet à de la diarrhée, il a souvent des rapports fades ou aigres. L'année dernière il a eu, dit-il, une fluxion de poitrine pendant laquelle il cracha du sang semblable à de la lie de vin gâtée. Quelques mois plus tard, ayant été atteint d'un rhume violent, dans un effort de toux il expectora un lambeau de pellicule blanche, semblable à la membrane interne d'un œuf, granuleuse d'un côté, ne pouvant s'étendre à plat, semblant former une portion de sac (ayant environ 3 pouces de surface.

Il se dit maintenant malade depuis huit jours, quoique depuis trois mois il tousse et ait un peu maigri et perdu ses forces. Depuis huit jours il éprouve une douleur, en arrière du côté gauche, au niveau des dernières fausses côtes. Lorsque cette douleur s'est développée, il a craché en toussant un peu de sang d'un rouge pâle.

État actuel, 18 avril. Bonne conformation, un peu de maigreur générale. L'épigastre est occupé par une tumeur ovalaire dont le diamètre transversal a 4 pouces et qui s'arrête un peu au-dessus de l'ombilic. Cette tumeur est arrondie, elle parait sous-jacente aux muscles des parois abdominales dont la contraction diminue néanmoins peu son volume. Elle est immobile, résistante et uniforme, pas de changement de coloration de la peau à son niveau. A la percussion, la matité est absolue. La pression est à peine sensible, mais elle est le siége d'une douleur spontanée et continuelle. Le coucher sur le côté est presque obligé, sans cela il y a une grande dyspnée. Douleur en arrière et en bas du côté gauche du thorax, cette douleur est plus vive que celle de l'épigastre, elle augmente par la toux. La percussion donne un son obscur en arrière et à gauche dans les 2/5 inférieurs. A cet endroit la respiration est faible, un peu lointaine. Les jours suivants même état, quelques crachats grisâtres, un seul sanguinolent.

Le malade étant assis, son mat à la percussion dans la moitié inférieure du côté gauche postérieur du thorax. La respiration est presque nulle dans la même région. Un peu de bronchophonie. Par intervalle quelques craquements au sommet gauche. Quelques jours après les crachats du malade sont verdâtres, un peu aérés et blancs suspendus dans un liquide un peu troublé au fond duquel se trouve des pellicules

(1) Mémoire de l'Acad. de méd., 1845.

semblables à de la râclure. On entend quelques râles crépitants à droite et à gauche en arrière. Percussion très-douloureuse, et le son est obscur dans les 3/4 inférieurs gauches. A la partie moyenne du côté gauche postérieur, respiration nulle, un peu de bronchophonie. Crachats de couleur acajou sale. (On fit une deuxième saignée.)

Le 30. Crachats blancs aérés, quelques-uns rosés, pas évidemment rouillés. Dans le côté gauche, expiration prolongée; inspiration et expiration bronchiques en arrière et à gauche; matité persistante, râles sous-crépitants à la partie latérale . Les crachats verdâtres, peu aérés, tendant à se détacher les uns des autres et coulant en nappe sans adhérence au crachoir, causent beaucoup de dégoût au malade. Ces crachats se renouvellent pendant plusieurs jours (8 à 10 onces par jour). Douleur vive à gauche sous l'influence de la toux qui est fréquente. On commence à entendre un bruit vésiculaire imparfait, plus profondément la respiration bronchique.

Les crachats sont moins épais, plus aérés. Les forces reviennent. Douleur depuis deux jours dans la partie latérale droite de la poitrine. Respiration vésiculaire, un peu soufflante antérieurement et à droite dans toute la hauteur du thorax. Râles bronchiques. Crachats blancs verdâtres, aérés. Diarrhée, râles sous-crépitants au-dessous de la mamelle droite. Crachats verdâtres et d'un rouge vineux. Tumeur abdominale plus superficielle; la pression est très-douloureuse.

On entend du gargouillement et la respiration a un timbre métallique au niveau du bord spinal de l'omoplate gauche.

Le 20. Le malade quitta l'hôpital très-faible.

Obs. CII. (Andral). Hydatides expectorées (1).

Homme, 28 ans; toux depuis quatre mois, hémoptysie, douleur habituelle sous le sein gauche, pâleur, maigreur, respiration courte, décubitus à droite, crachats muqueux, apyrexie, résonnance égale de la poitrine dans tous les points, râles bronchiques en arrière des deux côtés. Le troisième jour après son entrée à l'hôpital, expectoration d'un large fragment de membrane roulée sur elle-même, ayant l'aspect caractéristique des acéphalocystes.

Cette membrane déroulée avait à peu près la largeur de la paume de la main; ainsi il était bien évident qu'elle ne s'était point formée dans les bronches. Les jours suivants, le malade cracha beaucoup de sang, d'abondantes saignées furent pratiquées. l'hémoptysie cessa. et le malade se trouvant mieux voulut quitter l'hôpital.

(1) Andral, Clinique médicale, t. II, p. 514. C. Davaine. Traité des entozoaires

Obs. CIII. (Fouquier). Hydatides expectorées (1).

M. le professeur Fouquier a bien voulu nous communiquer verbalement, dit M. Andral, l'observation d'un individu chez lequel avaient existé tous les symptômes rationnels d'une phthisie pulmonaire très-avancée. Ce malade recouvra une parfaite santé après avoir expectoré une grande quantité d'hydatides rompues.

Obs. CIV (Thompson). Expectoration. Empyème. Guérison (2).

Le Dr Thompson raconte l'histoire d'un homme qu'il avait vu à Saint-Bartholomous hospital, service de Dr Hue. Ce malade paraissait être dans une période avancée de phthisie pulmonaire. Pendant plusieurs semaines il expectora des hydatides grosses comme des raisins. Il existait un élargissement situé entre la septième et la huitième côte du côté droit, il s'y est formé un abcès qui s'ouvrit et donna issue à des hydatides. Le malade quitta l'hôpital guéri.

Obs. CV (3).

Le Dr C. Williams à la même séance de la Société, dit avoir observé plusieurs cas d'hydatides, et dans l'un d'eux le diagnostic (confirmé plus tard) conclut à des hydatides du poumon.

Ce diagnostic se basait sur la façon d'expectorer du malade par des accès paroxystiques (*fits and starts*) et par la rémission de tous les symptômes pulmonaires pendant quelque temps.

Les signes d'irritation pulmonaire se montrèrent de nouveau accompagnés d'une toux violente et d'une expectoration d'hydatides mêlées de pus. La terminaison de la maladie est restée inconnue par suite du départ du malade.

Obs. CVI. (Quain). Expectoration d'hydatides, survenue à la suite de fièvre typhoïde et de pneumonie double (4).

H. C..., âgée de 45 ans, sa santé a toujours été bonne; elle entre à l'hôpital dans le sixième mois de sa cinquième grossesse, pour une fièvre typhoïde, compliquée d'une pneumonie double.

Elle souffrait d'une dyspnée extrême et d'une sensation de suffocation imminente et de tendances syncopales. Sentiment de poids et de chaleur, dans les régions scapulaires, infra-scapulaires, infra-mammaire et axillaire, plus particulièrement à gauche.

A l'examen, on trouva la respiration gênée; moins d'expansion de la poitrine à gauche qu'à droite.

A la percussion, sonorité moindre à gauche qu'à droite dans les ré

(1) Andral, Clinique médicale, t. II, p. 416. Davaine, Entozoaires, p. 431.
(2) Royal Medical and Chirurgical Society. March. 26, 1850.
(3) Dr Quain, Transactions of Pathological Society May, 1853.
(4) Ibidem.

gions ci-dessus indiquées, mais la sonorité à droite était moindre qu'à l'état normal.

Absence complète du murmure vésiculaire dans la moitié inférieure et postérieure du poumon gauche, où on trouve de la respiration tubaire et de la bronchophonie ; dans la partie correspondante à droite, diminution du bruit vésiculaire, respiration tubaire et bronchophonie. Une toux sèche et constante. Pouls, 125, langue sale, inappétence, les urines rares et colorées ; sensation de faiblesse et de fatigue, une grande anxiété, transpiration de la face. (Traitement, diaphorétiques et révulsifs.)

Les crachats ont la teinte de la rouille et contiennent beaucoup de disques sanguins.

Les jours suivants, les crachats augmentèrent de quantité, la fièvre diminua, et le septième jour une éruption comme rubéolique parut sur le tronc. A partir de cette époque, sa santé s'améliora, et deux mois plus tard, tous les symptômes indiqués avaient disparu, sauf ceux des poumons, et particulièrement du poumon gauche.

La portion du poumon située au-dessous d'une ligne transversale passant à un pouce de l'épine de l'omoplate, était parsemée d'îlots où le murmure vésiculaire manquait complètement, sauf dans les inspirations forcées, pendant lesquelles la respiration était tubaire; sur le pourtour de ces îlots on entendait des râles muqueux. A droite il existait quelques signes d'exsudat inflammatoire. Elle quitta l'hôpital à la suite de ses couches.

Quelques mois plus tard, elle m'apprit que l'expectoration et la toux étaient revenues, et que pendant plusieurs mois elle avait craché en toussant des petites vessies pleines d'eau, qui se déchiraient et remplissaient la bouche d'un liquide d'un goût salé.

L'expectoration était mêlée de sang et quelquefois de pus, pendant les quelques jours qui précédaient leur expulsion, la quantité d'expectoration diminuait. Suivant elle les hydatides partaient de l'angle inférieur de l'omoplate gauche, se dirigeant vers la base de la mamelle et du sternum.

Elle était très-amaigrie, la peau chaude, pouls 102, langue sale, de l'inappétence, sueurs nocturnes, et une grande faiblesse.

La poitrine présentait une légère voussure dans la moitié postérieure à gauche, et à la mensuration pendant l'extrême expiration, il y avait 3/12 de pouce de plus à gauche qu'à droite. Mais en comparant les deux côtés pendant l'inspiration et l'expiration forcée, on trouvait que l'excursion thoracique était de 5/12 de pouce plus marquée à droite qu'à gauche, démontrant ainsi que le tissu pulmonaire gauche était tenu dans un moyen état de tension par une cause étrangère à sa substance.

La percussion aux deux sommets donnait un son plus élevé que nor-

malement. La partie postérieure du poumon gauche était moins sonore que la même région à droite.

Vers l'angle de l'omoplate gauche, respiration caverneuse et pectoriloquie ; au-dessus de cette cavité, absence de murmure respiratoire pendant la respiration ordinaire, mais dans les inspirations forcées, la respiration devenait bronchique, et quelques râles muqueux se faisaient entendre en plusieurs points.

Diminution du murmure vésiculaire et des signes d'emphysème au-dessus de l'épine de l'omoplate.

En avant, depuis la clavicule jusqu'au mamelon, augmentation du murmure vésiculaire, des deux côtés, mais moins prononcée à droite. En arrière, à droite, il n'existait qu'un peu de rudesse respiratoire témoignant de la maladie antérieure.

13 mai. Le jour qui suivit la dernière expulsion d'hydatides un nouvel examen fut fait ; la seule différence constatée était une diminution dans l'intensité du murmure vésiculaire dans le lobe supérieur gauche, qui maintenant était moindre que dans l'état normal de la santé.

Les dimensions de la caverne sont un peu plus de deux pouces carrés. Toux peu fatigante.

La quantité des crachats est en moyenne de 2 onces par jour ; ils sont d'un blanc jaunâtre, et contiennent beaucoup de pus.

Réflexions. — L'expectoration d'hydatides se faisait d'abord à des intervalles de deux à cinq jours, plus tard elle ne survenait que tous les quinze ou vingt jours; leur expulsion était toujonrs précédée d'un violent accès de toux; d'abord un seul accès suffisait à les répéter, mais plus tard ils ne se détachèrent qu'après de nombreux accès, se renouvelant quelquefois plusieurs jours de suite. Quand un kyste volumineux se présente, la respiration pendant son passage à travers le larynx et la glotte, devient difficile et donne lieu à une sensation de suffocation, la mort paraît imminente, et au moment où le kyste traverse la glotte, il se déchire et remplit la bouche d'un liquide de goût salin. Ces corps soumis à l'examen étaient translucides, blancs ou blanc bleuâtre, d'une grosseur variable, depuis un pois jusqu'à un œuf de pigeon.

Les parois de ces kystes offraient une épaisseur inégale; elles étaient rugueuses et floconneuses sur leur face externe lisses sur leur face interne, formées de plusieurs couches.

Ensuite l'auteur abandonnant la partie clinique de sa description s'étend longuement sur la structure des kystes hydatiques en général, nous croyons inutile de le suivre dans cette partie de son travail.

Obs. CVII. (Vigla). Hydatide intra-thoracique; ponction exploratrice; injection iodée. Guérison.

Le nommé Constant R..., âgé de 32 ans, conducteur de bestiaux, entre à la Maison municipale de santé, le 10 novembre 1853. Il y a quinze mois, il fut renversé par un taureau ; les cornes de l'animal labourèrent le scrotum, tandis qu'un pied frappa violemment le côté droit de la poitrine. Depuis cette époque B... éprouve de la douleur dans l'hypochondre droit, et une oppression qui a toujours été croissant ; la dyspnée est devenue considérable depuis cinq mois, et le malade a été forcé de renoncer à ses occupations. D'ailleurs peu ou point de toux, pas d'expectoration, jamais d'hémoptysie ; aucun symptôme fébrile actuel ou antérieur, aucun désordre dans les fonctions autres que la respiration.

La douleur dont se plaint le malade paraît assez intense ; elle a son siége sous le sein droit et ne s'étend pas fort loin ; l'oppression, qui est constante, devient extrême quand il veut marcher ou seulement quand il a parlé quelque temps ou fait des efforts exagérés de respiration, il lui est impossible de se coucher sur le côté gauche, il se tient habituellement assis dans son lit et ne peut se coucher que sur le côté droit ou sur le dos.

La voix est faible et altérée. La forme de la poitrine présente quelque chose de très-insolite, vue par sa face antérieure, on trouve le côté droit beaucoup plus développé que le gauche, avec voussure très-prononcée et élargissement des espaces intercostaux correspondants, qui sont au moins aussi saillants que les côtes ; les veines sous-cutanées sont dilatées et très-apparentes. En arrière, on trouve à l'inverse le côté droit paraissant avoir la forme régulière et le gauche présentant une saillie assez prononcée, la colonne vertébrale est légèrement déviée à gauche et convexe dans ce sens. La mensuration nous a donné les résultats suivants (le ruban n'étant que peu serré) :

1° Circonférence totale suivant une ligne qui passerait par les mamelons et l'épine de la septième vertèbre dorsale : 83 cent.

Circonférence partielle droite. 43,4

— — gauche. 39,6. Différence 3.8.

(1) Dr Vigla, Des Hydatides de la cavité thoracique, obs. I, Arch. gén. de méd., 5e série, Paris, 1855, t. VI, p. 282. Davaine, Traité des entozoaires, p. 12[illegible].

2° Circonférence totale en suivant une ligne qui passe sous les aisselles et à 4 centim. au-dessus des mamelons : 81.4 cent.

Circonférence partielle droite. 41.5

— — gauche. 39.5 Différence 2.

La percussion donne un son mat dans tout le côté antérieur de la poitrine, à l'exception du premier espace intercostal ; ce même son est obtenu sans changement appréciable, dans l'hypochondre et le flanc du même côté jusqu'au niveau de l'ombilic. La matité, mesurée suivant une ligne parallèle au sternum, donne une hauteur de 28 centimètres. Transversalement, la matité dépasse le côté droit de la poitrine et le sternum lui-même, de telle sorte que l'espace occupé par elle se trouve circonscrit inférieurement par une ligne qui, après avoir passé par l'ombilic, se porte de là obliquement sous l'aisselle gauche, de manière à être distante du bord correspondant du sternum, de 6 centimètres au niveau de la dixième côte, de 18 centim. au niveau de la sixième ; supérieurement par une ligne qui, suivant le bord supérieur de la seconde côte droite, passe sur le sternum à 3 centimètres au-dessous de la fourchette de cet os, décrivant une légère courbe, va rejoindre sous l'aisselle gauche la ligne inférieure, c'est-à-dire que la matité arrivée sur les limites du côté droit de la poitrine et de la partie supérieure de l'abdomen qu'elle occupe entièrement depuis la seconde côte jusqu'à l'ombilic, se prolonge de ces deux points extrêmes vers l'aisselle gauche, de manière à dessiner une espèce de cône tronqué, ou, si l'on veut une comparaison, les deux lignes qui circonscrivent la matité se dirigent vers l'aisselle gauche comme les deux courbures de l'estomac, de la grosse tubérosité vers le pylore. La matité occupe aussi tout le côté droit de la poitrine ; en arrière et à droite on la retrouve dans la partie inférieure à partir de l'angle de l'omoplate, et elle empiète sur le côté gauche par un prolongement analogue à celui de la partie antérieure, mais moins étendu et limité entre la septième et la neuvième côte. D'une autre part, on constate un son normal : 1° en avant, dans le premier espace intercostal droit et gauche ; 2° dans la partie antéro-inférieure et dans toute la partie latérale du côté gauche ; 3° en arrière, dans presque tout le côté gauche ; 4° dans la partie postérieure droite, depuis la fosse sus-épineuse jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate.

Auscultation. — En avant, soit à droite, soit à gauche, on n'entend le murmure vésiculaire que sous les clavicules, encore est-il faible et mélangé de quelques râles sibilants. Partout où il y a matité, on n'entend ni murmure respiratoire, ni souffle bronchique ; si l'on fait parler le malade, la main appliquée sur les mêmes points ne perçoit aucune vibration, et l'oreille ne distingue aucune résonnance. En arrière, bruit respiratoire exagéré dans tout le côté gauche, et dans les trois quarts supérieurs du côté droit ; de ce même côté, timbre amphorique de la voix et même du bruit respiratoire, semblable à celui que l'on entend

dans certains épanchements de la plèvre : absence de souffle et d'égophonie. Dans le quart inférieur, absence de murmure respiratoire, absence d'égophonie et de vibrations thoraciques quand il parle.

Les bruits du cœur ne sont guère entendus que sous l'aisselle gauche, sans aucune modification anormale.

Les côtes, examinées pendant l'inspiration, restent à peu près immobiles ; les parois de l'abdomen sont inégalement soulevées, la différence en plus du côté gauche étant très-sensible ; enfin la palpation attentive des espaces intercostaux de la partie antérieure droite de la poitrine donne aux doigts une sensation qui approche beaucoup de celle de la fluctuation.

Le 9 décembre, M. Monod fit, entre la sixième et la septième côte droite, une ponction avec le trocart explorateur ; il s'en écoula un liquide transparent comme de l'eau de roche, sans réaction sur le papier de tournesol, qui ne perdit rien de sa transparence par l'action de l'acide azotique, non plus que par l'action de la chaleur. On introduisit une canule de Reybaud, ou on tira 2,450 grammes d'un liquide semblable au premier, et dont les dernières portions entraînèrent des débris de membranes transparentes comme celles de l'œuf, et qui ultérieurement examinées par M. Ch. Robin, furent reconnues par lui de nature hydatique. Le malade supporta cette opération sans accidents, il n'eut même pas ces quintes de toux convulsives habituellement observées à la fin de la thoracentèse. Alors M. Monod injecta environ 250 grammes d'une solution iodée. La moitié environ du liquide injecté ut extraite quelques minutes après. La canule fut alors retirée, un morceau de diachylon fut appliqué sur la piqûre et maintenu par un bandage de corps.

Immédiatement après cette opération, le cœur se rapproche sensiblement de la ligne médiane, et la sonorité reparaît dans une étendue plus considérable au-dessous des clavicules et dans le côté gauche du thorax ; le calme du malade se soutient ; le pouls marque 112. Les signes de l'épanchement disparaissaient graduellement, et le 16 on constate que le retrait du kyste dans le sens de la hauteur est de 14 à 15 centimètres, et transversalement de 7 centimètres.

4 janvier 1854. Respiration pénible mêlée de râles sibilants des deux côtés de la poitrine, en arrière. A gauche, en avant et sur le côté latéral correspondant, respiration puérile, un peu sifflante, entendue aussi le long du bord correspondant du sternum, et même tout le ong de cet os lui-même ; dans tous ces points son normal à la percussion. Sonorité un peu exagérée à droite en avant, entre la première et la troisième côte, diminution de celle-ci entre la troisième et la quatrième ; à partir de cette dernière, matité se confondant inférieurement avec celle du foie, qui elle-même ne s'étend pas au delà des dernières côtes.

Le cœur bat entre la cinquième et la sixième côte gauche, un peu en dehors d'une ligne verticale traversant le mamelon.

Le malade sort de l'hôpital le 15 janvier.

Le 3 décembre 1854, il offre l'état suivant.

Aspect extérieur de la santé ; embonpoint au moins égal à celui qu'il avait avant l'accident qui paraît avoir été le point de départ de la maladie, quoiqu'il n'ait pas renoncé à ses habitudes. R... peut remplir facilement les exigences de son état. Sa respiration, bonne, dit-il, est cependant un peu moins longue qu'avant sa maladie, mais lui permettrait de faire facilement une dizaine de lieues par jour ; il tousse un peu, mais il ne se rappelle pas qu'il en ait jamais été autrement. La poitrine a repris son développement à peu près égal des deux côtés ; mais sa conformation n'est pas régulière, sans que je puisse dire si celle-ci préexistait ou non à la maladie. Le sternum est un peu dévié à gauche ; le côté droit de la poitrine présente en avant une légère voussure dont le centre est un peu au-dessus du mamelon ; elle mesure 6 à 7 centimètres en tous sens ; dans l'espace occupé par celle-ci, il y a un peu moins de son que dans les autres régions, mais on y entend très-bien le murmure respiratoire, un peu plus faible cependant qu'ailleurs. Dans tous les autres points, la percussion et l'auscultation constatent un état normal, une similitude parfaite. Le foie ne dépasse pas les côtes.

Obs. CVIII. (Bernard). Expectoration d'hydatides (1).

A... (Elisa), 30 ans, couturière ; tempérament lymphatique, cheveux blonds, peau fine. Réglée à 17 ans, elle a toujours été bien réglée, mais les menstrues étaient peu abondantes et s'accompagnaient de coliques. Entre à l'hôpital de la Charité, service de M. Andral, suppléé par M. Bernard.

Sa mère est probablement morte phthisique ; elle ne peut donner aucun renseignement sur la santé de son père ; ses frères et ses sœurs sont bien portants et vivent tous encore.

Jusqu'à l'âge de 16 ans, sa santé quoique faible, était bonne ; à cet âge, en 1850, au mois de novembre, à la suite d'une vive émotion, elle fut prise d'une hémoptysie abondante qui persista pendant un mois, en revenant régulièrement tous les deux ou trois jours. Pendant un an, à la suite de cette hémoptysie, elle ressentit de la gêne dans le côté droit ; elle semblait y entendre des craquements. Quelques points de côté apparurent, l'un d'eux s'accompagna une fois de fièvre ; des sangsues furent appliquées, et la malade resta seulement deux jours au lit.

Au mois de février 1852, elle entra à la Charité, dans le service de

(1) Garreau, Thèse, Hydatides du poumon, Paris, 1856.

M. Briquet, où elle fut soignée, dit-elle, pour une pleurésie ; depuis ce temps, elle a toujours un peu toussé.

En 1853, au mois de septembre, nouvelle hémoptysie, et depuis ce temps elle n'a pas cessé de cracher du sang à des intervalles assez rapprochés.

En 1855, nouvelle pleurésie, dit-elle, pour laquelle elle fut encore soignée dans le service de M. Briquet. A sa sortie de l'hôpital, elle fut prise d'une fièvre intermittente tierce qui dura un mois.

Elle entra, au mois de janvier 1856 dans le service de M. Rayer, où elle fut regardée comme tuberculeuse ; elle en sortit au mois de juillet, et dans le mois d'août, elle fut un jour prise subitement d'un accès de dyspnée et de toux violente. Elle cracha d'abord une assez grande quantité d'eau limpide, puis rejeta quelques petites peaux blanches.

Entrée de nouveau à la Charité, salle Saint-Vincent, n° 29, le 13 septembre 1856.

Quelques jours après son entrée, elle eut une hémoptysie considérable qui dura cinq jours ; on crut à des tubercules. La malade se trouvait bien, lorsque, dans les premiers jours de novembre, elle fut prise d'un picotement subit à la gorge et d'un accès de toux violente. Elle rejeta d'abord beaucoup d'eau par l'expectoration, elle expulsa ensuite des membranes hydatiques qui ont été examinées au microscope ; survint ensuite une hémoptysie assez abondante. Depuis ce temps, la malade continue à cracher de temps à autres des hydatides.

Les ongles sont tuberculeux ; les sueurs, la nuit, commencent à apparaître ; pas de maigreur, pas de diarrhée ; crachats nummulaires, purulents ; depuis deux mois, ses règles sont supprimées.

En arrière et latéralement, voussure du côté droit, s'étendant de l'épine de l'omoplate à la base du thorax. En avant, rien d'appréciable ; le côté gauche a sa forme normale.

Percussion. — En arrière et à droite, et répondant à la voussure, matité sensible ; en avant et sur le côté gauche, sonorité normale.

Auscultation. — A droite, en arrière, quelques craquements au sommet du poumon ; dans toute l'étendue du poumon, la respiration est assez obscure, cependant on y entend des râles muqueux, et immédiatement au-dessous et en dehors de l'angle inférieur de l'omoplate, un souffle amphorique, dans une étendue d'à peu près 5 centimètres carrés. Cette repiration amphorique n'est pas constante ; mais lorsqu'elle n'existe pas, il suffit le plus ordinairement de faire tousser la malade pour qu'on puisse le constater. Pectoriloquie ; en arrière et à gauche respiration normale.

En avant, à droite et à gauche, râle sous-crépitant assez fin, au-dessous de la clavicule ; respiration normale dans le reste de l'étendue des poumoms.

Le foie est légèrement repoussé en bas.

Cette observation ne se trouve relatée que dans la thèse de M. Garnard, et il n'en donne pas la terminaison.

Obs. CIX. (Ullmann). Hydatides des poumons. Expectoration (1).

Le Dr Ullmann eut l'occasion d'observer chez un ouvrier en laine, qui depuis six ans souffrait de dyspnée croissante et de toux violente, le matin, une évacuation d'acéphalocystes. Tout d'abord le malade ne rendait que deux, puis deux à quatre acéphalocystes simultanément par semaine, et une fois cent du coup. Un examen minutieux permit de reconnaître que le poumon gauche était intact, et le poumon droit n'était perméable que sur une étendue de 2 pouces, sous l'aisselle. Depuis cinq mois, le malade ne rejette plus de kystes. Chose remarquable, l'état général avait toujours été passablement bon, l'aspect extérieur florissant, la musculature vigoureuse ; il n'y avait point de lésion du cœur. L'examen le plus minutieux fait par le Dr Küchenmeister, ne permit pas de trouver le moindre crochet d'échinocoque.

Obs. CX. (Pockels). Briefliche Mettheilung an Dr Küchenmeister über Ecchinococcen in der Lunge. Aus den helmenthologischen Notizen von K. Günsb. Zeitschrift. VII, p. 564, 1857.

Il est question de deux cas d'expectoration d'hydatides mal examinés. Dans le premier, le malade mourut d'une affection semblable à la tuberculose ; pas d'autopsie. Dans le deuxième cas une jeune femme aurait expectoré des hydatides et guéri consécutivement.

Obs. CXI. (Leared). Expectoration d'hydatides (3).

Il s'agit d'une femme âgée de 40 ans, d'une bonne constitution. Elle raconte qu'il y a onze mois étant à table, elle fut appelée par sa maîtresse et dans son empressement elle avala de travers un morceau de pain. Immédiatement elle fut prise d'un violent accès de toux, qui se calma, mais peu après elle éprouva un sentiment de gêne dans le larynx, une vive démangeaison le long du rachis, de la toux, et quelques heures plus tard des vomissements. Elle dormit bien, mais le lendemain matin elle remarqua qu'elle avait beaucoup transpiré, et que le côté gauche de sa figure et le bras droit étaient couverts de taches blanches, comme des ampoules sans eau. On diagnostiqua de l'urticaire. Elle

(1) Ullmann, Acephalocysten der Lungen, in Zeitschr. für Natur-und Heilkunde in Ungarn. Bd. VII, n. 40, 1856, Anal in Canstatt's Jahresb. Bd. IV, p. 375, 1857.

(2) Anal. in Canstatts Jahresb, 1857, Bd. IX. p. 376.

(3) A. Leared, Medical Times and Gaz., aug. 1857.

avait de la rachialgie, de la toux, elle souffrait du côté gauche, et rendait des crachats bruns, adhérents.

Pendant cinq mois, elle éprouva beaucoup d'irritation du côté du larynx, de la toux, et une expectoration abondante. Il y a quatre mois, expectoration d'une substance ressemblant à de la gelée d'orange, qui s'est répétée plusieurs fois. Et à quatre reprises expectoration de matières blanches simulant des amas de vers, mêlée d'un peu de sang.

État actuel. — Pas de fièvre, de l'amaigrissement, une toux plutôt fatigante par sa fréquence que par sa violence, de la douleur du côté gauche de la poitrine; à droite une sensation de picotement et des douleurs fugaces.

A la percussion, matité à gauche au-dessous d'une ligne transversale qui passerait par l'angle inférieur de l'omoplate, très-prononcée en arrière et surtout en avant, moins sur le côté. Le murmure respiratoire diminué dans les mêmes régions. Pas de bronchophonie, mais à l'inspiration un bruit ressemblant à celui produit par le claquement répété d'une valvule qui se ferme, ou par les pièces métalliques d'un engrénage ; ce bruit est surtout très-prononcé au bord inférieur de l'espace axillaire. — Rien à droite.

Traitement tonique d'abord, mercuriel ensuite.

L'expectoration de matières blanchâtres et la toux durèrent quelque temps. La santé s'améliora graduellement et maintenant elle est complètement guérie. L'examen microscopique démontra la présence de *membranes hydatiques.*

Obs. CXII. (Hare). Expectoration d'hydatides (1).

Le Dr Hare présenta à la Société de Pathologie de Londres un garçon âgé de 18 ans.

Ce jeune homme a eu une pleurésie gauche à l'âge de neuf ans.— Depuis quelque temps ce malade présente des symptômes de phthisie, il maigrit, tousse, crache du sang, etc.

Il y a six mois que ces symptômes s'accentuent davantage, il survint de la fièvre, la toux devint plus rauque. Peu après il expectora, après un accès de toux accompagné de suffocation, une membrane, large comme une pièce d'un florin, peu après une seconde large comme une pièce de cinq shilling, qui fut suivie d'une expectoration muco-purulente, contenant des parcelles que le malade compara à des noix non digérées. Quinze jours plus tard nouvelle expectoration de membranes hydatiques.

Examen physique; la partie supérieure du thorax gauche est aplatie, surtout au-dessus de la mamelle. Matité au-dessous de la clavicule

(1) Dr Hare, Transactions of the pathological Society, oct. 20. 1857, Lancet, p. 448, 1857.

jusqu'au mamelon. Respiration bronchique au sommet, et au niveau de la mamelle des rhonchus.

Dimensions du deuxième kyste expectoré, 1 1/2 pouce en diamètre,— On n'a pas trouvé d'échinocoques.

Huit mois plus tard j'ai revu le malade, la guérison s'est affirmée.

Il est probable que le kyste occupait le sommet du poumon gauche.

Obs. CXIII. (Pietra-Santa). Expectoration d'hydatides (1).

Il s'agit d'un homme âgé de 22 ans, d'une bonne constitution, appelé Pierre Perat, habitant de Constantine (Algérie).

En 1858, il fut atteint de fièvre typhoïde grave, suivie de fièvres intermittentes rebelles, il éprouva à cette époque au bas des reins des douleurs persistantes.

En janvier 1859, il rendit des crachats sanguinolents ; il avait une toux profonde, saccadée, avec une expectoration difficile. Son état de maladie persista plus ou moins jusqu'en juin 1861, époque à laquelle il vint en France pour prendre les Eaux-Bonnes.

Observé le 10 juin par le Dr Pietra-Santa, il avait le teint jaunâtre, de la fièvre et des sueurs; le thorax était bien développé; l'auscultation et la percussion ne donnèrent rien de précis. Après avoir été mis à l'usage des Eaux-Bonnes et après deux jours de grand malaise, le 18 à midi il lui survint une vomique. Il expectora des matières sanguinolentes et purulentes et de larges membranes organisées, le tout avait une odeur très-fétide.

A l'auscultation, la respiration était plus obscure à gauche, vers la partie latérale et moyenne du thorax; mais il n'y avait pas de bruits anormaux; à la percussion il y avait un peu de matité dans la même région. Au sommet du poumon droit, l'expectoration était prolongée.

Le 19, le malade était notablement soulagé. Les Drs Brian et Jarras, qui le virent ce jour-là, crurent à l'existence d'un abcès dans la partie profonde du poumon gauche.

(Prescription, diète lactée, lait chloruré, analeptiques.)

Le 23, l'amélioration persista, et le malade quitta les Eaux-Bonnes, après trois semaines de séjour.

Dans une lettre du 10 juillet, le malade accuse des fièvres intermittentes et des douleurs pleurodyniques.

Le 20 août, on constata une amélioration générale et une modification du bruit vésiculaire au sommet du poumon droit, en arrière.

Le malade étant retourné en Algérie, écrit de Batna en décembre 1861, qu'il se trouve en bonne santé, et qu'il éprouve seulement de temps en temps des douleurs pleurodyniques.

(1) Comptes-rendus de la Société de Biologie, 1861, p. 271. Observations du Dr Pietra-Santa, communiquées par M. Davaine.

Les membranes expectorées furent examinées par le Dr Ch. Robin, qui reconnut des membranes hydatiques et des restes de membrane germinale, mais il ne se trouvait pas d'échinocoques.

Obs. CXIV. (Trousseau). Expectoration d'kydatides (poumon droit base? (1).

Il s'agit d'un jeune homme âgé de 17 ans, qui entra vers la fin du mois de décembre 1861 dans la salle Saint-Agnès, à l'Hôtel-Dieu. A son arrivée, nous constatons chez lui l'existence d'une bronchite aiguë généralisée, avec prédominance des accidents du côté droit. Les gros râles muqueux ressemblant à du gargouillement que nous entendions de ce côté de la poitrine, le bruit de l'expiration prolongée, la diminution de la sonorité à la percussion au niveau de la fosse sus-épineuse de l'omoplate, enfin la déformation hippocratique des doigts nous firent craindre que la bronchite ne fût doublée de tubercules.

Cette hypothèse était d'autant plus vraisemblable, que le malade se disait être sujet à contracter des rhumes chaque hiver depuis l'âge de 6 ans, et qu'il ajoutait avoir eu à différentes reprises des hémoptysies abondantes. Nous réservâmes néanmoins notre diagnostic, l'état catarrhal aigu des bronches masquant les signes caractéristiques de l'affection tuberculeuse. Bientôt, les accidents aigus s'étant calmés, le bruit respiratoire nous parut plus normal dans le poumon droit. Cependant, quelques jours plus tard, le jeune homme reprenait de la fièvre, qui revenait surtout le soir, et il se plaignait de douleur dans le côté droit du thorax.

En examinant la poitrine, nous trouvions de ce côté de la matité dans les deux tiers inférieurs, de l'absence des vibrations thoraciques, de la broncho-égophonie, phénomènes qui, joints à une oppression notable, indiquaient l'existence d'un épanchement pleurétique compliquant la bronchite, de nouveau caractérisée par des râles muqueux et par l'expectoration de crachats mucoso-purulents. Ces symptômes locaux, le mauvais état général, nous donnaient à penser qu'il se faisait peut-être de nouvelles manifestations tuberculeuses dans le poumon droit, lorsque tout à coup, dans la nuit du 18 au 19 janvier, le malade fut pris d'une oppression extrême avec menace de suffocation et, après quelques violentes secousses de toux, rejeta par la bouche une grande quantité de muco-pus. Il en éprouva un soulagement passager; puis de nouveaux accès de toux provoquèrent le rejet de nouvelles matières purulentes; le lendemain matin, nous constations qu'il en avait ainsi rendu la valeur d'un demi-litre. Ces vomiques avaient été suivies d'un changement notable. Je pensais que l'épanchement dont la veille j'avais reconnu l'existence, s'était fait jour à travers une bronche, et

(1) Trousseau, Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, vol. I, p. 841, 1873 (4e édition).

comme il n'y avait aucun signe d'hydropneumothorax, j'en concluais que nous avions eu très-probablement affaire à une pleurésie enkystée ou à une pleurésie interlobaire, lorsqu'en examinant attentivement les matières contenues dans le crachoir, nous découvrîmes des lambeaux pseudomembraneux de couleur blanchâtre. Ces lambeaux lavés avec soin étaient blancs, opaques, peu épais, à bords déchirés.

Malgré la rareté du fait, nous nous arrêtâmes à l'idée d'une tumeur hydatique du poumon dont nous avions les débris sous les yeux. L'examen microscopique fait par M. Charles Robin ne laissa bientôt plus aucun doute à cet égard dans notre esprit. Pendant trois jours le malade rendit encore des fragments pseudo-membraneux en même temps que du muco-pus mélangé avec un peu de sang. L'expectoration devint de moins en moins abondante ; la fièvre cessa, et, chaque jour, on pouvait constater une amélioration marquée dans l'état général. Bientôt il n'y eut presque plus de matité à la partie inférieure et postérieure de la poitrine, l'expiration restant toutefois soufflante en cette région, où l'on entendait encore de gros râles muqueux.

Le mieux fit de rapides progrès, et tous les phénomènes locaux avaient disparu quand, après deux mois de séjour à l'hôpital, ce jeune homme nous quitta entièrement guéri.

Obs. CXV. (Hudson). Expectoration d'hydatides (1).

Le Dr R.-J. Hudson, dans un rapport lu devant la Société médicale de Victoria, cite un cas du Dr Bridges où le malade fut regardé comme atteint de phthisie pulmonaire; il expectora des kystes hydatiques; la guérison s'en est suivie.

Obs. CXVI. (Roger). Kyste hydatique intra-thoracique ; évacuation spontanée par les bronches. Guérison complète (2).

Le jeune N... est né le 22 juin 1848, d'une mère dont la santé est fort suspecte, et chez laquelle l'hémoptysie est habituelle ; il a été souvent affecté de bronchite dans ses premières années. Au mois de mai 1856, M. Descroisilles fut appelé à lui donner des soins d'une manière suivie. Le médecin qui le soignait à sa pension à Charenton, le regardait comme phthisique. Et un de nos maîtres appelé exprima une opinion qui paraissait confirmer ce diagnostic. Pendant les mois de juin et juillet, la toux continua avec des paroxysmes quelquefois si violents, qu'elle devenait véritablement convulsive et présentait les caractères de la coqueluche. Pendant la nuit surtout, la dyspnée était extrême, et l'enfant était obligé, à chaque instant, de se lever pour se tenir à demi-couché sur un canapé. On employa des vomitifs et l'ap-

(1) Austral. Med. Journal, 1861.
(2) Roger (H.), Union médicale, 1861.

plication des cautères sur le côté droit de la poitrine qui présentait une matité considérable dans sa moitié inférieure.

Le 8 août, après une amélioration apparente qui avait suivi une application de pâte de Vienne, le jeune N..., auquel on avait administré un vomitif le matin, fut pris, dans la soirée, d'une angoisse inexprimable, fit des efforts inouïs pour expectorer, rendit avec une masse considérable de matières d'un aspect purulent et d'une fétidité insuppprtable, un paquet membraneux dont la surface lisse et comme nacrée fit naître l'idée d'une poche acéphalocystique. L'enfant avait été notablement soulagé par cette évacuation spontanée, amélioration qui dura jusqu'au 18 août; ce jour, exacerbation nouvelle, retour de la toux convulsive, angoisse extrême surtout la nuit, et à la suite d'un nouveau vomitif, le 20 dans la matinée, après de violents efforts pendant lesquels le petit malade paraissait menacé d'asphyxie, il rendit un nouveau fragment beaucoup plus considérable de poche acéphalocystique que j'ai vu le lendemain. Sa blancheur, sa densité et sa structure en feuillets, en démontraient positivement la nature.

Nous ne pûmes recueillir de liquide, et nous assurer conséquemment si la poche contenait des échinocoque.

Du reste, l'état de l'enfant était bien relativement, la fièvre, la dyspnée persistaient, mais beaucoup moins forte ; la toux était moins fréquente et moins douloureuse, avec expectoration séro-purulente grisâtre, d'une fétidité toute particulière et dépourvue de débris d'acéphalocyste.

Le côté droit de la poitrine était manifestement dilaté à sa partie inférieure ; la percussion donnait une matité complète dans les 2/5 inférieurs, et la matité existait à peu près jusqu'au même niveau en avant et en arrière. Dans toute la région mate, la respiration vésiculaire manquait, et de plus on entendait au niveau de la bronche droite, un rhonchus à grosses bulles, perçu par M. D... au moment de l'issue de la membrane ; râle humide qui rappelait la sensation de bouillonnement, et qu'il compara au gros râle muqueux des hémoptysies abondantes; d'ailleurs, pas de souffle, ni bronchique, ni caverneux. Rien du côté du foie.

Traitement. Inspirations iodées pendant plusieurs semaines. M. D... quelques semaines après la seconde crise, constata que la respiration était redevenue presque normale à droite. Depuis, la convalescence marche rapidement, et elle se soutient parfaitement. J'ai revu l'enfant cinq ans après, il est petit, et reste d'apparence délicate, mais sa santé est bonne, il ne tousse point, et n'éprouve aucune douleur dans la poitrine.

Le thorax inspecté à nu, on trouve que le côté droit est un peu déprimé en arrière, au lieu de la saillie plus grande existant normalement dans la région hépatique, la percussion pratiquée à la base de

la poitrine donne un son naturel et égal des deux côtés, le murmure vésiculaire n'offre pas de différence des deux côtés, à l'encontre de ce qui advient longtemps après la guérison d'une pleurésie chronique.

Le point le plus saillant de cette observation, c'est la guérison qui fut rapide et durable.

Obs. CXVII. (Cutts). Expectoration d'hydatides (1).

Homme âgé de 35 ans, pâle, mais peu amaigri, souffrant depuis 16 à 17 mois de toux spasmodique, depuis 10 mois d'hémoptysies répétées avec ou sans expectoration de mucus ; depuis quelques mois dyspnée croissante. Il y a 2 mois, le malade rejeta une masse vésiculaire.

A son entrée à l'hôpital, il avait une toux rauque, un peu spasmodique, avec crachats jaunâtres et non aérés ; point de sueurs nocturnes, point d'irritabilité du larynx, ni de la trachée ; point de matité à la percussion, mais dans les deux poumons, au milieu et au sommet, un léger bruit de crépitement, modifié ou aboli lors de la toux ; en arrière, à la base du poumon gauche, respiration caverneuse.

Le matin, hémoptysies violentes, sang brun, comme s'il avait séjourné dans une caverne. Avant l'accès, battements de cœur, disparus ensuite. Depuis trois semaines le malade a rejeté plusieurs fois des vésicules d'acéphalocystes ; subitement après, dyspnée des plus intenses, il rejeta dans un léger accès de toux, une tasse d'un liquide clair, salé, avec une grosse vésicule mère, crevée. Puis la sensation de déchirure dans la poitrine et les hémoptysies cessèrent promptement, et quelque temps après le malade sortit guéri.

Obs. CXVIII. (Mac Gillivray). Expectoration d'hydatides (2).

Le Dr Mac Gillivray cite un cas curieux d'une femme présumée enceinte, qui est venue le consulter pour une hémorrhagie utérine ; on croyait à un avortement. Quelque temps après elle entre à l'hôpital dans un affaiblissement très-grand.

La malade raconte qu'elle avait rendu par l'utérus, des corps qui, suivant la description donnée, ont dû être des hydatides. Quelques semaines plus tard, elle présentait les signes de pneumonie du poumon droit, caractérisée par de la toux et des hémoptysies abondantes. Peu de temps après, plusieurs kystes (que j'ai vus et qui suivant elle étaient semblables à ceux rendus par l'utérus) furent expectorés. L'hémorrhagie et la toux cessèrent, et elle entra rapidement en convalescence. Il y a aujourd'hui six mois, et sa santé paraît excellente.

(1) Cutts, Melbourne, Med. record, II, feb. 1862.
(2) Austral. Med. journ., 1845, p. 243.

Obs. CXIX. (Mac Gillivray). Expectoration d'hydatides (1).

Giovanni (P.), âgé de 30 ans, mineur, entré dans le service de M. Mac Gillivray, Bendigo Hospital, le 24 novembre 1862, renvoyé le 28 août 1863.

Il se plaint de douleurs irrégulières des deux côtés de la poitrine, et d'hémoptysies fréquentes.

En examinant le malade, on trouve qu'il y avait des deux côtés de la poitrine, des parties mates, au niveau desquelles le murmure respiratoire était affaibli, mais la nature de la maladie ne fut soupçonnée qu'au moment d'une hémoptysie abondante pendant laquelle il expectora un lambeau de kyste hydatique.

De nouvelles hémoptysies eurent lieu par intervalle de cinq à six semaines et furent accompagnées de l'expectoration de kystes hydatiques. Il fut envoyé le 28 août 1863, au Benevolent Hospital. Ces souffrances persistent, mais suivant lui, à un moindre degré.

Obs. CXX. (Mac Gillivray). Expectoration d'hydatides (2).

Joseph L..., âgé de 36 ans, mineur, admis le 6 décembre 1861 dans le service de M. Mac Gillivray, Bendigo Hospital.

Ce malade est entré pour une pneumonie, avec hémoptysie considérable. Traitement. Acétate de plomb et opium, jusqu'à cessation presque complète de l'hémoptysie. Il existait encore en ce moment beaucoup de matité et une respiration insuffisante du côté droit du thorax ; l'expectoration était légèrement colorée par du sang.

Un jour pendant un paroxysme de toux, il expectora une grande quantité de membranes hydatiques et un kyste entier d'environ un pouce et demi. L'hémorrhagie et la toux cessèrent complètement et il quitta l'hôpital quelques jours plus tard tout à fait bien en apparence, c'est-à-dire le 18 février 1863.

Obs. CXXI. (Mac Gillivray). Hydatides du poumon. Thoracentèse. Expectoration d'hydatides (3).

Joseph D..., âgé de 38 ans, mineur, entre le 23 mai 1865 dans le service de M. Mac Gillivray, Bendigo Hospital.

Avant son admission à l'hôpital il avait été traité par M. Cheyne pour une toux violente revenant par accès, et une dyspnée fréquente. On trouva à cette époque une matité étendue avec absence de murmure respiratoire dans la partie supérieure du poumon gauche, sans alté-

(1) Mac Gillivray, Austral. Med. journal, p. 241, 1865.
(2) Mac Gillivray, Austral. Medic. journ., 1865.
(3) Mac Gillivray, Austral. Med. journ., 1865.

ration dans la forme du thorax. On essaya sans succès des remèdes divers. Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, M. Cheyne soupçonnant la présence d'un kyste hydatique, fit la ponction avec un trocart explorateur entre la troisième et la quatrième côte, il s'en échappa une certaine quantité de liquide hydatique (1/2 pinte).

A son entrée à l'hôpital il éprouvait une douleur assez vive dans le côté gauche du poumon, une toux forte avec peu d'expectoration et de la dyspnée. Il existait de la matité dans la partie supérieure du poumon gauche.

Comme traitement, des expectorants, les souffrances diminuèrent et comme il n'y avait pas de symptômes réclamant une nouvelle ponction, le malade fut fait « patient externe » le 16 juin. Une huitaine de jours après, à la suite d'une hémoptysie, il vomit en toussant quelques hydatides. Depuis il se sent très-soulagé.

Obs. CXXII. (Mac Gillivray). Hydatides du foie et de l'abdomen. Guérison. Hydatide du poumon (1).

Martin (A), âgé de 5 ans, entra le 17 janvier 1866, dans le service de M. Mac Gillivray. Bendigo Hospital, pour une petite tumeur fluctuante dans l'hypochondre droit, on fit la ponction le 23 janvier avec un petit trocart et 1/2 pinte de liquide transparent contenant des échinocoques fut évacuée, la tumeur ne s'est pas reproduite et il quitta l'hôpital le 8 février. Il fut admis de nouveau le 9 mai pour une tumeur analogue dans la région iliaque gauche qui gênait beaucoup la vessie, il lui était impossible de conserver longtemps son urine. Une ponction fut faite, une 1/2 pinte de liquide clair contenant des échinocoques fut évacuée, Il fut renvoyé de nouveau le 30 juin.

Il rentra pour la troisième fois la 18 janvier 1867. On trouva à ce moment une tumeur fluctuante dans l'hypochondre gauche, éloignée au moins de quatre pouces de la première ponction. Cette tumeur s'est développée très-rapidement, car j'avais examiné le jeune homme un mois auparavant.

Il n'existe pas trace des deux kystes opérés.

Depuis son dernier séjour, il souffrait d'une toux violente et ses parents racontent qu'il a fréquemment expectoré des morceaux de peau blanche (like tripe), sans doute des débris de kystes hydatiques.

Il existe de la matité sur presque tout le côté droit de la poitrine, plus prononcée à la base.

Le 19 janvier, la ponction du kyste hydatique fut faite avec un trocart fin. 10 onces de liquide clair contenant des échinocoques évacué.

Le kyste ne s'est pas rempli et le malade fut renvoyé le 31 janvier.

(1) Mac Gillivray, Austral. Med. journ., 1867.

Obs. CXXIII. (Mac Gillivray). Expectoration d'hydatides (1).

James (H), âgé de 26 ans, mineur, est entré le 23 novembre 1866 dans le service de M. Mac Gillivray. Bendigo Hospital.

Il avait été pendant quelque temps « patient externe » à deux autres hôpitaux.

Il avait de la toux et l'expectoration était striée de sang, la quantité de sang pourtant était peu considérable. A la percussion du thorax on trouvait de la matité dans l'aisselle du côté gauche. Il se plaint d'éprouver un sentiment de malaise et de douleur dans la même région.

Quelques jours après sa rentrée il expectora plusieurs kystes hydatiques flétris. Depuis il ne tousse plus, sa santé est revenue, il fut renvoyé le 23 décembre 1866 parfaitement guéri en apparence.

Dans la statistique de kystes hydatiques publiée par M. Mac Gillivray, se trouvent les trois cas suivants de kystes du poumon (1).

	Sexe.	Age.	Siége.	Traitement.	Résultat.
OBS. CXXIV. —	Fille de mineur	11 ans	Poumon	Ponction (trocart)	Guérison.
» CXXV. —	Mineur	45 »	»	Pas	Expect. d'hydatides.
» CXXVI. —	Mineur	35 »	»	Pas	»

Obs. CXXVII. (Southey). Kyste hydatique de la plèvre droite. Empyème. Issue d'une poche hydatique volumineuse par l'ouverture thoracique. Guérison (3).

Mme B..., entre à Bartholomew's Hospital, march 1866, service du Dr R. Southey.

C'est une femme, maigre, cachectique, âgée de 31 ans, elle est malade depuis quelque temps. Cette femme était affaiblie, se plaignait d'une douleur dans le côté droit du thorax, de toux et de dyspepsie. La toux était sèche, occasionnée par un chatouillement dans la gorge, elle était surtout très-fatigante la nuit. Pas de fièvre, pouls faible 78 pulsations ; la respiration habituellement calme s'accélérant à la suite des moindres mouvements ; de l'inappétence, de la constipation ; langue sale, menstruation et urines normales.

Elle avait vécu pendant les sept années antérieures dans un pays miasmatique. Depuis quatre ans sa santé s'est affaiblie, souvent atteinte d'angine, souffrant de la toux, elle a beaucoup maigri, mais n'a jamais fait de maladie grave. Sa mère est morte de cancer à l'âge de 40 ans.

Pendant les dix derniers mois son état a sensiblement empiré ; la douleur du côté est plus vive, et elle souffre de l'estomac après les repas.

(1) Mac Gillivray, Austral. Med. journ., 1867.
(2) Austral. med. journ., 1872, p. 213.
(3) Réginald Southey, Bartholomew, Hos ital reports, 1867.

Examen physique. — Pas de crépitation aux poumons; bruits du cœur normaux; les mouvements respiratoires s'exécutent assez bien; et à la percussion pas de matité. On ordonna un traitement contre les phénomènes dyspeptiques, un changement d'habitation, mais sans effet.

En octobre 1866, je l'ai revue, elle se plaignait toujours de douleur de poitrine, et ses digestions étaient toujours pénibles. En examinant, on trouve, de la plénitude et de la sensibilité dans la région hépatique, le foie dépassant un peu les fausses côtes, sa surface pourtant était lisse, la matité s'entendait plus haut que normalement vers la mamelle.

La rate parait augmentée de volume.

La toux fatigante, survenant la nuit par paroxysmes de longue durée. Pas d'expectoration et pas de crépitation aux poumons, pas de fièvre, mais un sentiment de fatigue et de faiblesse musculaires, le moindre exercice était suivi d'une grande lassitude.

Le foie augmenta de volume, et donnait lieu à une matité anormale en haut et en bas, pas d'augmentation de sensibilité à la pression. La respiration peu profonde du côté droit, la toux facilement produite. Elle se couchait à droite dans une position demi-assise.

Le 1er décembre, on entendait dans la région de l'aisselle du même côté, un léger bruit de frottement. La matité du côté droit augmenta graduellement, pas d'égophonie, et le 11 décembre on constata que tout le côté droit en avant était mat à la percussion, il l'était un peu moins au-dessous de la clavicule.

En arrière, dans les régions sus-épineuse et inter-scapulaire, la matité était moins prononcée, et on y entendait, quoique faiblement, le murmure vésiculaire. La respiration à gauche paraissait exagérée et comme supplémentaire.

La pointe du cœur battait en dehors du mamelon, elle semblait avoir été projetée dans cette région par un mouvement de bascule du cœur.

Diagnostic. — Par suite de la marche et du progrès de la maladie, j'ai conclu que je n'avais affaire, ni à un cas de pleurésie simple, ni de pleurésie chronique, symptomatique de la tuberculose. La température, le pouls, l'état de la langue, la toux sèche, l'état du poumon gauche, l'absence de toute trace de scrofule, me faisaient rechercher une autre explication, et je songeais soit à l'existence d'un kyste hydatique du foie, refoulant le diaphragme et se portant vers la plèvre, soit à un cancer généralisé au foie et au poumon.

Traitement. — Application externe de mercure.

Le 27 décembre, la malade avait de la fièvre, se plaignait vivement de sa douleur du côté droit, le pouls accéléré (100 pulsations), faible et petit. La toux était devenue encore plus fatigante. (On ordonna des sédatifs.)

A une consultation avec le Dr Moxon, nous constatâmes de nouveau le défaut de murmure respiratoire de tout le poumon droit, et en avant

de la matité depuis le sommet jusqu'à la base, il existait pourtant un certain mouvement respiratoire.

En arrière à droite, la matité n'était pas pourtant égale. Le décubitus se faisait toujours du côté droit.

Pendant le mois de janvier, elle souffrit à plusieurs reprises de violentes quintes de toux, sans expectoration.

Le 15 janvier. On remarqua en arrière, du côté droit, une légère voussure, empiétant sur la région interscapulaire, et refoulant l'angle inférieur de l'omoplate en dehors. De la douleur et sensibilité dans la région de l'aisselle ; l'amaigrissement faisait toujours du progrès ; peau chaude. Elle éprouvait un sentiment de tension à droite. A la mensuration on trouva de ce côté 3/4 de pouce de plus qu'à gauche.

Le 20 mars, à la suite de toux, elle expectora du pus fétide (ne contenant ni échinocoques ni crochets.) Le pouls s'accélérait, et elle éprouvait une grande sensibilité dans la poitrine.

A la base du poumon gauche, on remarque de la crépitation bronchique.

Le 1er avril, on fit une ponction exploratrice et on évacua 132 onces (4 lit. 1/10), d'un liquide séro-purulent, sans odeur désagréable, on laissa la canule à demeure. Il y eut une amélioration dans l'état de la malade, à l'auscultation, à droite en arrière on entend du tintement métallique.

Quelques jours plus tard, on trouva la canule dans les pièces à pansement, on la remplaça par un tube à trachéotomie, l'évacuation se faisait facilement, mais à partir du 15 avril, l'écoulement devenait fétide, des boules épaisses d'aspect gélatineux venaient obstruer la canule. On fit des injections détersives dans la cavité pleurale, sans obtenir un résultat satisfaisant. La fièvre survint, accompagnée de transpirations abondantes. Le 4 mars, on anesthésia la malade et on fit une incision au niveau du point ponctionné de 2 pouces de longeur, à cette ouverture se présentait une masse gélatineuse, qu'on enleva sans la déchirer, c'était un kyste hydatique, formé de plusieurs couches de lymphe, d'épaisseur variable, en quelques endroits mince et translucide, en d'autres épais, résistant et opaque, et facilement séparable, sa cavité contenait à peu près 10 onces de pus fétide.

Le kyste était large comme une vessie de cochon, et était libre de toute attache.

Je mis le doigt dans l'ouverture, et j'arrivai facilement au diaphragme, recouvrant le lobe droit du foie ; je l'ai examiné avec soin et il me paraissait parfaitement lisse, j'ai donc conclu que le kyste s'était formé dans la plèvre où nous l'avons trouvé, et n'était pas venu du foie. A partir de ce moment tout marchait bien, et en moins de trois mois la santé était revenue.

Le 14 août le poids de la malade était augmenté de 14 livres depuis le

jour de son entrée. L'épaule droite est légèrement déprimée. Le murmure vésiculaire s'entend dans la partie supérieure du poumon droit en avant, en arrière il y a moins de sonorité qu'à gauche, le murmure respiratoire est faible et éloigné. L'appétit est bon et elle se trouve bien.

Obs. CXXVIII, (Federici). Expectoration d'hydatides (1).

Une femme de 48 ans qui dans son enfance avait souffert de violents maux de tête, à l'âge de 17 ans de douleurs du côté gauche de la poitrine, il y a huit ans de fièvre intermittente, et il y a sept ans de pneumonie à gauche, tomba malade le 8 septembre 1866 ; elle avait de la fièvre, des douleurs thoraciques, de la toux et de la dyspnée, symptômes qui furent attribués à un refroidissement. Crachats sanglants pendant plusieurs jours. Ces symptômes avec quelques variations d'intensité augmentèrent jusqu'au 6 mai 1867, moment de son admission à l'hôpital.

Etat actuel.— La malade était amaigrie, souffrait de palpitations, respiration bruyante avec des envies de tousser ; peu d'expectoration, point d'appétit. Le pouls était parfois irrégulier, par moments les veines jugulaires battaient et se tuméfiaient, surtout quand on pressait sur la partie supérieure du sternum ; le choc du cœur difficile à percevoir et irrégulier, la fosse supra-claviculaire gauche est plus pleine que la droite, la clavicule gauche est plus élevée, la moitié gauche de la poitrine respire moins facilement que la droite, la respiration s'accomplit avec l'aide des côtes et du diaphragme, l'élasticité de la moitié gauche du thorax est diminuée, les vibrations de la voix augmentées à gauche et en avant, le son de la percussion dans la fosse sous-claviculaire gauche mat ; un peu plus plein dans le tiers externe que dans le reste de la fosse.

Matité précordiale absolue de l'étendue du plessimètre, matité relative de 18 centimètres en longueur, et de 15 centimètres en largeur ; le second bruit de l'artère pulmonaire est renforcé.

En arrière la matité thoracique va en augmentant vers la base. Dans tout le côté gauche respiration affaiblie, elle manque vers la base.

A la percussion du foie on trouve sur la ligne médiane une matité de 5, 5 centimètres, sur la ligne mamillaire de 9, 5 centimètres, le bord du foie est très-perceptible, uni et nullement douloureux.

La rate est à peine augmentée de volume, la température, et la constitution de l'urine normales.

On diagnostiqua un trouble de la moitié gauche du thorax, paraissant dépendre à la fois des poumons et des organes de la circulation. Il n'y

(1) Federici (Cesare), Sopra un caso de echinococco del polmone e intorno le varie forme di questa malattia. Rivi clin. di Bologna, VII, 11, 12, 1868. L'Anal. in Schmidts Jahrb. Bd. 144, p. 68, 1869.

avait ni péricardite, ni pleurésie. La moindre capacité pour l'air et l'affaiblissement respiratoire du poumon gauche, ainsi que les crachats souvent striés de sang semblaient indiquer la tuberculose avec tuméfaction hypérémique des bronches; cependant une circonstance paraissait s'opposer à ce diagnostic, c'est que la matité était plus faible dans le tiers externe de la fosse sous-claviculaire; de plus après une durée de dix mois de la maladie avec aggravation journalière de l'état général les granulations auraient certainement déjà déterminé la formation de cavernes; en outre, la douleur localisée à la base du poumon, l'absence d'une prédisposition héréditaire à la tuberculose, l'absence de fièvre vespérale, et enfin, le caractère particulier de la dyspnée et des troubles circulatoires devaient également exclure la tuberculose. La dégénérescence caséeuse de l'infiltration pneumonique datant d'il y a sept ans aurait également déjà fait des progrès plus étendus. Il ne restait plus qu'à admettre l'existence d'un emphysème vicariant au sommet du poumon consécutif à une gène de la respiration dans le reste de cet organe. On pouvait, en effet, y constater un catarrhe bronchique diffus; mais comme il était limité au côté gauche, il ne pouvait être lui-même que secondaire et dépendre de quelque autre affection locale des organes de la circulation ou des poumons. On ne trouva ni lésions valvulaires, ni anévrysme circonscrit ou dilatation du cœur, on ne pouvait pas songer à un trouble de nutrition des vaisseaux, consécutif à la malaria après un espace de sept ans.

On ne pouvait donc plus songer qu'à une tumeur du poumon, et comme le cancer était invraisemblable pour différents motifs (absence de tumeurs ganglionnaires en d'autres points du corps, etc.), on arriva par voie d'exclusion à diagnostiquer échinocoque du poumon.

Inutile d'admettre que les échinocoques avaient dû déplacer tout le poumon avant d'envahir la partie antérieure du médiastin et de comprimer l'aorte, comme c'était le cas ici, on était en effet, très-fondé à croire que les poumons avaient contracté des adhérences en avant lors de la pleuro-pneumonie, dont la malade avait souffert il y a sept ans.

Le diagnostic porté fut justifié par le cours ultérieur de la maladie. Sous l'influence d'un bon régime, l'état général s'améliora, jusqu'à ce qu'au 10 juin la malade rejeta en toussant 150 grammes d'un sang écumeux où se trouvaient 4 ou 5 membranes; la plus grande mesurant 6 centimètres carrés, et présentant l'apparence d'une masse albumineuse, visqueuse, renfermant en suspension quelques granulations blanches, isolées et des crochets d'échinocoques visibles au microscope.

Le lendemain, elle rejeta au milieu d'une toux violente une nouvelle quantité de sang et de masses visqueuses; à l'examen de la poitrine on trouva la même matité qu'auparavant, mais aux points où l'on n'entendait que des bruits vasculaires transmis et point de respiration, on percevait une respiration bronchique caverneuse. Le diagnostic d'échino-

coques du poumon était dès lors indubitable, car une caverne pulmonaire occupait la place des hydatides, et la compression de l'aorte était devenue moindre. L'origine de ces hydatides ne pouvait se trouver ni dans le foie, ni dans la rate, vu que ces organes ne présentaient rien d'anormal.

Sous l'influence d'un traitement par l'huile de foie de morue et des inhalations d'essence de térébenthine, il se fit une amélioration durable; après dix ou quinze jours la malade pouvait déjà s'occuper de travaux peu fatigants et elle sortit de l'hôpital peu après.

En automne 1867, (six mois après sa sortie de l'hôpital), la malade n'éprouvait plus que de faibles douleurs dans le bas de la poitrine et quelque difficulté à respirer quand elle se livrait à un travail pénible.

A l'examen, on trouva que la vessie jugulaire droite présentait des pulsations plus fortes que la gauche, la moitié gauche du thorax était toujours un peu plus développée, la matité de la région précordiale diminuée; les bruits du cœur normaux, le choc du cœur faible et circonscrit, les bruits respiratoires normaux. Les deux poumons ne présentaient point de différence, point de matité à gauche, point de bruits vasculaires transmis; seulement le frémissement pectoral était plus étendu d'environ la largeur de la main qu'il n'était jadis.

Embonpoint, forces et appétit normaux.

Cet examen fit donc voir que les troubles de la circulation ne dépendaient pas de quelque maladie du cœur ou des gros vaisseaux, mais de la compression de l'aorte. Le rétrécissement de l'aorte ne s'étendait pas à tout son parcours, comme le prouvait la tuméfaction des jugulaires et la respiration qui n'était pas complètement normale? On constata également que la matité observée jadis ne dépendait qu'en partie des hydatides, mais aussi de la pneumonie Enfin, les vibrations de la voix augmentées dans un point déterminé prouvaient que l'ulcération du poumon était guérie, mais devait être remplacée par une cicatrice dure et circonscrite.

Obs. CXXIX, (Federici). Expectoration d'hydatides (1).

En octobre 1863, entra à l'hôpital un homme affaibli; quelques jours auparavant, il avait éprouvé des frissons, de la toux, et il avait rendu une certaine quantité d'un liquide acide; le lendemain les mêmes phénomènes se reproduisent, de plus il est pris de dyspnée.

Etat actuel. La respiration est affaiblie, gênée, mélangée de râles. La poitrine est médiocrement sonore à droite, elle l'est encore moins à gauche. Le malade éprouve une douleur sous le sein gauche, il tousse et rejette quelques crachats. Pendant quelques jours s'est manifesté de la fièvre avec un certain abattement.

Tous ces phénomènes s'amendent et le malade quitte l'hôpital. Peu

(1) Federici (C), Rivista clin. di Bologna, 1868, n. 12, p. 362.

après survient une rechute occasionnée sans doute par des excès. Ce sont à peu près les mêmes signes physiques, peut-être sont-ils un peu plus accentués, l'aspect général est resté bon.

Pendant son séjour qui dura un mois, il éprouvait une douleur persistante sous le sein gauche, il avait la sensation d'un corps étranger dans la poitrine, et il rendait des crachats d'abord sanglants, comparables à ceux d'une pneumonie et contenant des pellicules et flocons présentant tous les caractères des hydatides.

Les symptômes se calment, le malade quitte de nouveau l'hôpital, et malgré une hémoptysie survenue plusieurs mois après, la guérison s'est affirmée.

Obs. CXXX. (Finsen). Kyste hydatique du poumon ouvert dans la plèvre? (1).

La sage-femme Sigurborg (Marie-Jonsdatter), âgée de 31 ans, me consulta en 1864. Trois ans auparavant elle avait eu, dans la moitié droite de la poitrine, une douleur aiguë et pongitive, suivie de douleurs dans la région sous-claviculaire droite, qui s'étaient calmées peu à peu.

Une année avant la consultation, elle eut au-même endroit du thorax, après une quinte de toux provoquée selon elle par un rhume, des douleurs violentes suivies le lendemain d'une éruption papuleuse et de la sensation d'une ouverture dans le poumon, au niveau de l'omoplate. La moitié droite de la poitrine se distendit fortement, et la respiration devint très-gênée. Ce dernier symptôme céda peu à peu.

En examinant la poitrine, je trouvai une forte distension de la moitié droite, les espaces intercostaux effacés, un son mat à la percussion, la respiration à peine perceptible en avant et en arrière, tandis que la moitié gauche n'offrait rien d'anormal.

Quoique cette observation ne contienne aucune preuve exacte de la présence d'un échinocoque dans le poumon, qui se fût épanché dans la cavité thoracique, je ne doute pas de la justesse de mon diagnostic ; celui-ci se fonde : 1° Sur la douleur aiguë et pongitive que la malade avait eu trois ans auparavant, dans le côté droit du thorax ; 2° Sur la douleur survenue plus tard au même endroit et la sensation de l'existence d'une ouverture dans le poumon précédée par une quinte de toux et accompagnée d'une distension de la moitié de la poitrine ; enfin, 3° Sur

(1) Dr John Finsen, Archives gén. de méd., janv. 1869.

l'analogie de la plèvre avec le péritoine où l'épanchement détermine toujours de l'urticaire.

Obs. CXXXI. (Moutard-Martin). Kyste hydatique de la plèvre droite (1).

En 1871, M. Moutard-Martin raconte un fait qu'il vient d'observer à l'hôpital Beaujon. Il s'agit d'un jeune homme de 17 ans qui se disait malade depuis trois semaines. La maladie débuta par un frisson et un point de côté à droite, la fièvre devint continue avec recrudescence tous les soirs. A son entrée on constate les symptômes suivants : coloration jaune du visage, lèvres décolorées, peau chaude et sèche, pouls 140. Le malade accuse des sueurs nocturnes. L'examen direct de la poitrine montre une dilatation très-appréciable du côté droit de la poitrine, qui est mat à la percussion en avant et en arrière dans toute la hauteur; on y trouve un souffle prononcé et de l'égophonie vers la pointe de l'omoplate. dans le reste de l'étendue du poumon, le murmure vésiculaire n'est pas perçu par l'oreille.

M. Moutard-Martin diagnostique un épanchement pleurétique considérable et le suppose purulent. Il fait immédiatement une ponction avec le trocart, aucune goutte de liquide ne sort par la canule ; l'inutilité de cette ponction. et la certitude de l'existence du liquide dans la plèvre engagent à faire une seconde ponction au-dessus avec l'appareil de M. Dieulafoy. On ne peut tirer que 20 grammes de pus ; le lendemain empyème, aussitôt l'incision faite. un flot de pus est lancé à distance par saccades.

Bientôt il se présente à travers les lèvres de l'incision un paquet de membranes jaunâtres, que l'on attire avec des pinces, c'était une volumineuse membrane d'un kyste hydatique flétri. Il en sortit ainsi cinq ou six ; plusieurs hydatides entières, mais plus petites, s'échappèrent également avec une certaine quantité de pus.

Des lavages abondants avec de l'eau alcoolisée furent faits les jours suivants, et chaque jour on chassait par ce moyen plusieurs kystes entiers. Le malade, considérablement soulagé par l'opération, est encore en traitement.

On peut espérer un résultat favorable. La suppuration diminue de jour en jour, et elle est sans odeur ; l'eau alcoolisée injectée dans la plèvre en ressort à peine troublée.

État général satisfaisant.

Obs. CXXXII. (Smith). Expectoration d'hydatides (2).

Le Dr Patrick Smith raconte à la séance de la Société médicale de Victoria un cas d'expectoration de kystes hydatiques suivi de guérison.

(1) Gaz. hebd., 1871.
(2) Austral. med. journ., 1871.

Obs. CXXXIII. (Joffroy). Expectoration d'hytatides (1).

M. Joffroy. J'ai vu cette année, dit-il, une malade qui avait eu des hémoptysies l'année dernière et qui ne présentait à l'auscultation et à la percussion aucun signe de tuberculisation; elle était enceinte de sept mois, très-anémique. Quinze jours après son entrée à Lariboisière, elle rendit des membranes hydatiques avec ses crachats.

On examine de nouveau avec beaucoup de soin sa poitrine, sans trouver aucun signe de tubercules. Je ne la crois pas tuberculeuse; elle a des hydatides du poumon, et l'hémoptysie est dans ce cas très-intéressante à constater.

Obs. CXXXIV (Bird) (2).

M. Bird, parlant du diagnostic différentiel à faire entre une effusion pleurétique et un kyste hydatique, raconte l'histoire du premier malade qu'il a vu atteint de kyste hydatique du poumon en 1862.

C'était un homme de 28 ans, d'apparence scrofuleuse, présentant la plupart des signes d'un phthsique.

Les signes physiques étaient les suivants :

La région sous-claviculaire présentait dans un espace large comme la paume de la main les signes habituels d'un épanchement, mais la matité était si bien limitée par une ligne de démarcation nettement tranchée, qu'elle pouvait être tracée à la plume, et ne se modifia pas par la position. Le murmure respiratoire qui manquait dans la partie mate s'entendait immédiatement au-delà et devenait bientôt rude et puérile.

A l'extrémité interne et externe de la clavicule, la percussion était claire, et il en était de même dans la fosse sus-épineuse, et surtout dans la région dorsale et latérale du poumon. Nulle part des signes de tubercules. L'autre poumon était sain, il n'existait qu'un peu d'exagération dans le bruit respiratoire.

En un mot tous les signes faisaient penser à un épanchement localisé, donnant lieu à peu ou point d'irritation dans les tissus voisins. Ce dernier fait permettait d'éliminer l'abcès du poumon; l'histoire de la maladie, les signes du début et leur progression lente et graduelle, sans douleur, aussi bien que leur siége rendaient le diagnostic d'un épanchement pleurétique enkysté extrêmement peu probable. Par élimination on fut forcé d'admettre la présence d'un kyste contenant un liquide survenu sans inflammation et étranger au poumon, quoique se développant dans ce viscère.

Quoique l'expectoration fût simplement muqueuse, colorée de temps

(1) Bull. soc. anat., mai 1871.
(2) Austral. med. journ., 1871.

en temps d'un peu de sang, le diagnostic était celui d'un kyste hydatique c'était en ce moment pour moi un cas si rare que j'ai suivi le malade après son départ de l'hôpital.

Le kyste s'est ouvert dans les bronches, et le malade a expectoré du liquide hydatique contenant des échinocoques, donnant ainsi raison au diagnostic.

Plus tard ce malade est mort phthisique.

Obs. CXXXV (Bird) (1).

M. Bird, dans ses observations sur le diagnostic et le traitement des kystes hydatiques, remarque que cette maladie se complique souvent de la tuberculose, et souvent même elle peut en être regardée comme la cause occasionnelle, et, pour appuyer cette idée, il cite les deux cas suivants :

Obs. 1. — Une jeune femme, très-nerveuse, prédisposée à la tuberculose, vint me consulter. Elle était atteinte d'un kyste hydatique siégeant dans le lobe supérieur du poumon gauche. Cette tumeur était indolente, sans douleur, comme la plupart des tumeurs hydatiques, et donnant lieu à peu de symptômes. J'ai conseillé une ponction immédiate, ce qui fut fait. Elle est maintenant parfaitement guérie.

Obs. 2. — Un cas pareil chez un homme de 21 ans; même avis fut donné, mais ne fut pas accepté, la tuberculose s'est développée et il en est mort.

Obs. CXXXVI (Bird). Kyste hydatique du foie et du poumon. Ponction. Guérison (2).

E. G., fille d'un fermier. âgée de 9 ans, très-nerveuse, vint me consulter il y a un an pour un kyste volumineux du foie. Je fis la ponction et j'ordonnai du bromure de potassium et du kamala. Six mois plus tard elle revint avec un kyste volumineux dans le lobe supérieur du poumon droit. Celui-ci fut ponctionné avec l'aspirateur ; mêmes remèdes à l'intérieur.

Je l'ai revue de nouveau dernièrement et il n'existe aucune trace des deux kystes, la santé générale est excellente.

L'expérience d'un grand nombre de cas m'a convaincu de l'utilité de l'emploi interne, à doses suffisantes, du bromure de potassium, et du kamala, à la condition de les employer longtemps.

Le docteur Bird, parlant du traitement des kystes hydatiques dans les viscères, dit : A mon arrivée dans ce pays

(1) Austral. med. journ., 1871.
(2) Dr S. D. Bird, Medical Times and Gazette, aug. 1873.

en février 1861, j'ai vu que les maladies de cette nature (qui sont presque aussi communes ici qu'en Irlande) étaient habituellement traitées par la ponction, faite avec un trocart fin, etcela avec beaucoup de succès. Le danger de l'opération est presque nul, et j'ai eu plusieurs fois l'occasion de ponctionner les kystes du foie et du poumon à ma consultation, et les malades rentrèrent chez eux le jour même.

On évacue toujours autant de liquide que possible, et nous avons pour habitude de faire la ponction aussitôt que la présence du kyste est reconnue, et même quelquefois quand il n'est que soupçonné. Le poumon aussi bien que le foie peut être perforé par le trocart capillaire avec quelques précautions.

Obs. CXXXVII (Bird) (1).

M. Bird, en parlant du traitement des kystes hydatiques par la ponction, cite une complication qui peut se présenter rarement, il est vrai, et qui produit des symptômes alarmants. C'est celle de la perforation d'une bronche. Il donne les deux cas suivants, les seuls qu'il a vus dans lesquels cet accident s'est présenté.

Obs. — J. N..., domestique, âgée de 19 ans. Elle fut admise à Alfred Hospital pour un kyste bien évident dans le lobe supérieur du poumon gauche. Je fis la ponction au-dessous de la clavicule; après l'évacuation de six onces de liquide, le kyste s'ouvrit dans les bronches (ce qui s'est probablement produit par suite de la perforation de la bronche par la canule), et le contenu fut rendu en toussant. La guérison se fit attendre, car le malade continua à rendre pendant plusieurs mois, à la suite d'accès de toux, des débris et des matières contenus dans le kyste; mais elle fut finalement renvoyée complètement guérie. Je l'ai revue dernièrement, il ne reste aucune trace de la maladie.

Obs. CXXXVIII (Bird) (2).

C'était un homme âgé de 38 ans. Il avait un kyste hydatique considérable dans le poumon gauche qui se serait développé depuis plusieurs mois.

(1) Austral. med. journ. 1873.
(2) Ibid.

La ponction fut faite entre la quatrième et la cinquième côte. Après l'issue de quelques onces de liquide, on vit survenir des symptômes alarmants; ce furent des accès de toux violents, avec rejet de liquide hydatique par la bouche. A chaque paroxysme de toux, le malade prenait une teinte asphyxique, les veines du cou et de la poitrine se gorgeaient de sang. En même temps le côté malade se distendait et restait immobile, car un pneumothorax s'était déclaré. Pendant trois jours le malade garda la même position, il était à moitié couché sur le côté malade. Les symptômes s'améliorent graduellement, les échinocoques furent rendus par l'expectoration, et six semaines après le malade partit pour l'Europe bien portant.

Ce sont les 2 seuls cas sur 50 ou 60 cas de ponction du poumon où cet accident se soit présenté.

Obs. CXXXIX (Mac Mullen) (1).

Le Dr M. Mullen, dans la discussion qui a suivi la lecture du rapport de M. Bird cite également un cas où une bronche fut perforée, suivie par les mêmes symptômes de toux paroxysmale et d'expectoration de membranes hydatiques.

Obs. CLX. (Blair). Kystes hydatiques du foie et du poumon. Expectoration d'hydatides (2).

Le Dr Blair cite un cas de kyste hydatique du poumon et du foie, avec expectoration d'hydatides.

11 ponctions furent faites entre le 7 avril et le 12 octobre, en divers endroits, tantôt du côté gauche, tantôt du côté droit, sur la ligne médiane vers l'épigastre; aucune ponction ne fut faite plus haut que la sixième ou septième côte.

179 1/2 onces de liquide furent évacués.

Le malade se porte admirablement deux ans après.

Obs. CXLI. (Lebert). Expectoration d'hydatides (3).

Homme de 40 ans, sellier, pas de prédisposition spéciale du côté des poumons; ne se rappelle pas d'avoir eu des vers interstinaux ou le tænia. Tousse depuis deux ans; dans l'automne de 1848 la toux, sèche jusque-là, fut accompagnée d'une expectoration muqueuse assez abondante. Amaigrissement et affaiblissement. En avril 1869. il est atteint de variole; les crachats sont visqueux.

A partir de ce moment, on constate une matité relative à gauche et en avant depuis la clavicule jusqu'à la quatrième côte, respiration af-

(1) Austral med. journ. 1873.
(2) Austral med. journ. 1871 and 1873.
(3) H. Lebert, Klinik der Brustkrankheiten, 1874.

faiblie en avant et en arrière ; vibrations thoraciques diminuées au niveau de la matité. Plus tard, râles éclatants, surtout perceptibles en arrière et à gauche ; dans la fosse sus-épineuse, et plus tard sous la clavicule, respiration bronchique.

Au commencement de mai, hémoptysie durant quatre jours ; il rejette également des membranes particulières, blanches, enroulées, transparentes ; au microscope, on reconnaît l'enveloppe membraneuse de vésicules hydatiques. La matité est devenue complète entre la clavicule et la quatrième côte à gauche ; le thorax est plus faiblement soulevé de ce côté qu'à droite. Matité en arrière, dans la région sus-épineuse et dans le tiers supérieur de la fosse sous-épineuse. A l'auscultation, respiration bronchique intense au-dessus de la clavicule gauche avec résonnance métallique ; respiration bronchique un peu moins rude sous la clavicule, jusqu'au bord inférieur de la deuxième côte, puis passage de la respiration bronchique faible à une respiration vésiculaire intense ; point de bruit respiratoire dans la région du cœur ; plus bas et dans la région axillaire, bruit vésiculaire ; en arrière et à gauche, respiration vésiculaire, plus bas, rhonchus sibilants à côté de la respiration vésiculaire.

L'expectoration de membranes ne dura que quelques jours, mais il persista une toux modérée avec expectoration muco-purulente abondante. L'état général s'améliora sous l'influence d'un régime fortifiant et d'un traitement tonique (ferrugineux et quinquina). Après des alternatives d'amélioration et d'aggravation, le 4 octobre, la fièvre et la toux devinrent plus intenses, la dyspnée et la douleur thoracique augmentèrent. En avant et en haut, respiration bronchique et râles éclatants nombreux.

Le 7. Expulsion de masses considérables de vésicules d'échinocoques, avec un liquide aqueux et environ 100 grammes de sang.

Amélioration considérable ; plus d'expectoration, plus de fièvre ; l'appétit revient. La dyspnée disparaît également. La matité est moins prononcée et tous les signes stéthoscopiques s'amendent. Les vibrations respiratoires reviennent ; bruit de pot fêlé.

Le 16 novembre l'amélioration est complète ; les facies et l'embonpoint sont revenus ; à gauche et en haut de la poitrine, on reconnaît l'existence d'une cavité en voie de guérison. Le malade est complètement guéri depuis (1873).

Obs. CXLII (inédite).

Ransor (Goupil), âgé de 40 ans, papetier, entre au mois de février 1875, dans le service de M. Béhier, à l'Hôtel-Dieu.

Il y a sept ans, première manifestation de la maladie : cette première atteinte consiste dans un affaiblissement extrême, à tel point que la marche était devenue impossible. En même temps étaient sur-

venues des sueurs nocturnes fort abondantes, froides, visqueuses et d'une odeur nauséabonde. Peu de temps après, oppression très-marquée, surtout à la suite des moindres efforts. Le malade ne se rappelle pas avoir toussé. Faiblesse croissante et légères hémoptysies six semaines après le début de la maladie.

Entré à l'hôpital Lariboisière, service de M. Richard, 1868. A cette époque, il expectorait des crachats variés, quelquefois teints de sang. Toux plus fréquente, sueurs plus abondantes offrant des alternances d'intensité.

Douleur très-vive, localisée au-dessous de la pointe de l'omoplate, à gauche. Fièvre avec exaspération vespérale ; amaigrissement assez prononcé, pas de diarrhée. Les hémoptysies persistent pendant presque tout son séjour à l'hôpital, mais moins fréquentes dans les derniers temps.

Après un séjour de quatre à cinq semaines, on l'envoie à Vincennes dans un état très-satisfaisant. A sa sortie, le malade voulut reprendre son travail, mais quelques jours après, nouvelles hémoptysies remarquables à double titre, d'abord par leur abondance, et puis par leur mode de production ; au lieu d'être rendues à la suite des quintes de toux, le sang arrivait directement dans la bouche, et le malade le rejetait par un simple acte d'expuition. Le sang était noir et abondant.

Rentre à Lariboisière. Les hémoptysies s'arrêtent au bout de quelques jours, mais la fièvre persiste. Cependant, après une quinzaine de jours, les forces semblèrent revenir, et les crachats diminuèrent en même temps ; c'est alors que subitement il sentit une certaine quantité d'eau affluer vers la bouche ; en même temps il ressentit une vive angoisse et rejeta tout à coup une vésicule grosse comme une pomme. Quinze jours après il quitta l'hôpital et reprit ses travaux ; il servit pendant la guerre 1870-71. En 1873, courbatures passagères, puis affaiblissement qui le force à quitter son travail. Subitement, hémoptysie noirâtre très-considérable.

Entre à Saint-Antoine, service de M. Peter.

Après la cessation des hémoptysies, crachats difluents et verdâtres. Fièvre légère, sueurs presque nulles, peu d'amaigrissement. Côté gauche du thorax toujours très-douloureux, surtout pendant les efforts d'expectoration ; il éprouvait une sensation singulière, comme si un fil tendu dans la cavité thoracique était soumis à des tractions plus ou moins fortes.

Sort après un séjour de deux mois.

Janvier 1874. Il cherche à reprendre ses occupations, mais est obligé d'y renoncer vu son extrême faiblesse ; crachats sanguinolents, quintes de toux pénibles. Douleur persistante du côté gauche, exaspérée au moindre mouvement.

Au mois de février, le malade entre à la Charité, service de M. Bour-

don, où il reste cinq mois. Quelques hémoptysies, fièvre presque continuelle, sueurs nocturnes et amaigrissement.

Il entre à Saint-Antoine, où il reste pendant six semaines ; à cette époque, hémoptysie des plus violentes consistant en sang noir.

Enfin le malade entre dans le service de M. Béhier le 19 février 1875.

Voici quel est son aspect :

Sa physionomie n'est pas tout à fait celle d'un phthisique : l'amaigrissement est peu prononcé, toute la charpente osseuse est vigoureuse et largement taillée. A son entrée, il existait un peu d'œdème des jambes, il a disparu par la position horizontale. Les doigts présentent, au plus haut degré, la déformation hippocratique, mais il n'a aucun souvenir du moment où cette déformation a commencé à se produire.

Les antécédents de famille sont excellents ; son père et sa mère se portaient parfaitement, il en est de même de ses frères.

Le soir il a habituellement de la fièvre, elle est suivie de sueurs nocturnes peu abondantes ; mais son état présente d'assez fréquentes alternatives ; pendant les exaspérations tous les phénomènes locaux et généraux de bronchite s'exaspèrent, puis ils s'amendent d'une façon très-remarquable.

Les crachats sont abondants. purulents, quelquefois striés de sang, ils sont arrondis, nummulaires et ont tout à fait l'aspect des crachats de phthisiques.

Sa respiration est fort gènée, et cette dyspnée s'exaspère très-rapidement dès qu'on veut le faire asseoir sur son lit.

La percussion donne à droite, dans la région sous-claviculaire, une submatité assez limitée. La respiration y est affaiblie, mélangée de râles muqueux qui s'entendent jusque vers le mamelon, la voix est un peu résonnante.

A gauche, la sonorité parait être normale, pas de râles, mais l'expiration est prolongée, emphysémateuse.

En arrière à droite, une submatité légère dans la fosse sus-épineuse. Quelques râles à la suite des efforts de toux ; de plus le long du rachis, vers la base du poumon droit, des râles sibilants.

En arrière à gauche, la sonorité est à peu près normale, toutefois, dans un point circonscrit à la région qui s'étend de l'épine dorsale de l'omoplate au rachis, le son est élevé, presque tympanique. L'auscultation faisait entendre des bruits qui se rapprochent plus des bruits de frottement que des râles.

La mensuration donne presque les mêmes dimensions pour le côté gauche que le droit.

Après un séjour d'environ un mois, son état s'est amélioré, et on l'a envoyé à Vincennes.

[Obs. CLXIII. Expectoration d'hydatides (personnelle) (1).

M. N..., âgé de 47 ans, habitant de Romans (Drôme). Banquier. D'un tempérament sanguin prononcé, d'une constitution pléthorique, grand, fort et très-musclé. Rien à noter de spécial du côté de ses parents ; son père avait des hémorrhoïdes, et il est mort d'une pneumonie à l'âge de 65 ans. Sa mère est morte de catarrhe bronchique à 78 ans.

M. N... a toujours eu une très-bonne santé jusqu'à l'année 1868. A partir de ce moment sa respiration était souvent gênée, cependant sans toux et sans battements de cœur.

En mars 1870, il a été atteint d'une maladie aiguë, caractérisée du nom de bronchophonie, avec congestion à la base du poumon gauche. Dans le courant de l'été de la même année, nouvelle bronchite intense de deux mois de durée.

A partir de ce moment l'oppression augmenta et la disposition à la toux devint plus marquée. Cependant, point de nouvelle maladie jusqu'à l'été de 1872.

A ce moment, il fut pris d'une pharyngite granuleuse et fut envoyé aux eaux de Cauterets. L'effet de ce traitement ne fut pas heureux, car il produisit des accès de suffocation et une irritation bronchique très-forte.

En avril 1873, une première hémoptysie se déclara. En juillet 1873, nouvelle hémoptysie beaucoup plus abondante. Au mois d'août, il consulta M. Moissenet, qui fit le diagnostic : Emphysème partiel avec tendance à se généraliser, lié à la disposition hémorrhoïdaire, sans aucune lésion appréciable. En décembre même année, troisième hémoptysie plus forte et plus abondante que la précédente, puis retour apparent à la santé, mais pourtant avec persistance d'un grand sentiment de faiblesse.

En juin 1874, nouvelle hémoptysie, et au commencement du mois d'août son médecin conseilla une saison aux eaux de Royat.

M. N... fit onze séances d'inhalation, prit seulement trois bains et trois douches ; à la suite de ce traitement, il éprouva un accès violent de suffocation, des quintes de toux très-pénibles, qui furent suivies d'un crachement de sang accompagné d'une expectoration de lambeaux de membranes, les unes épaisses, d'apparence fibro-celluleuse, les autres très-minces, polies, transparentes, ressemblant à une séreuse très-fine ou à une vessie natatoire de poisson.

Etat actuel. — En percutant la partie posterieure du thorax, nous trouvons une matité limitée au tiers inférieur du poumon gauche ; la poitrine a conservé partout ailleurs sa sonorité normale. Il existe dans cette même région une légère voussure, peu appréciable à la vue, mais très-réelle, car la mensuration donne en plus de 2 à 2 centimètres 1/2 pour ce côté de la poitrine.

Au niveau de la même région, le murmure vésiculaire est obscurci, tandis qu'à droite il paraît exagéré.

D'ailleurs, nous n'entendons aucun râle dans cette partie malade ; il n'existe pas de bronchophonie ni à son niveau ni sur son pourtour.

Les vibrations locales sont diminuées.

Rien au sommet.

L'expectoration est peu abondante et n'offre rien de caractéristique. La partie antérieure du poumon gauche, tout le poumon droit, sont donc absolument sains ; il en est de même des autres organes : foie, cœur, rate, etc.

M. N..., au moment où je le vis, avait cessé toute espèce de traitement et se trouvait soulagé depuis qu'il avait rendu ces membranes hyalines; il éprouvait pourtant toujours un grand sentiment de faiblesse, qui était encore plus frappant à cause de son développement physique.

Traitement : purgatifs légers et perles de térébenthine.

Obs. CXLIV.

L'observation suivante vient de m'être communiquée par M. le Dr René Briau :

Le 21 juin 1862 arrive aux Eaux-Bonnes, envoyé par M. le Dr Drivon, de Lyon, M. le baron J... Ce malade d'une bonne constitution, avait joui d'une santé satisfaisante jusqu'au mois de février 1861, où sans cause appréciable, il avait eu une hémoptysie assez abondante : en septembre suivant, nouvelle hémoptysie, à la suite de laquelle il rendit chaque jour quelques crachats rouillés jusqu'au 11 mai 1862. Ce jour-là il eut une vomique contenant environ un grand verre de pus. Depuis lors il n'a pas cessé d'expulser chaque jour quelques petits crachats rouillés, mélangés d'un peu de muco-pus.

A l'auscultation, on entend le murmure vésiculaire normal dans tout le poumon gauche et il n'y existe aucune matité. A droite le murmure vésiculaire est perceptible à peu près partout : mais il est moins ample, moins pur, que dans l'état normal ; quelques râles muqueux disséminés y existent partout et surtout au centre du poumon, où ces bruits sont confluents et où ils ont un caractère moins facile à déterminer.

Le malade rend tous les jours cinq ou six petits crachats sanguinolents. Du reste, la santé est assez bonne, sinon que le malade est inquiet. Il n'a pas maigri, le pouls est normal, les nuits sont bonnes et l'appétit est à peine diminué, les forces sont conservées, il n'y a ni sueurs ni diarrhée.

En présence de ces syptômes si peu caractéristiques, mon embarras fut grand pour poser un diagnostic.

Je ne vis aucun inconvénient à prescrire l'Eau-Bonne avec réserve et prudence, en me tenant dans l'expectation. Le traitement thermal n'eut aucune influence sur les signes appréciables signalés plus haut. Ils persistèrent jusqu'à la fin de la cure thermale qui s'est terminée le 17 juillet. Mais en procédant par l'élimination, et en repoussant tour à tour l'idée d'une tuberculose, celle d'une pneumonie chronique et successivement toutes les autres lésions pulmonaires, bronchiques ou pleurales, je m'arrêtai fortement à la pensée d'un kyste hydatique et je me crus autorisé à affirmer à mon malade qu'il avait dans le poumon droit une hydatide dont il rendrait tôt ou tard les débris, car j'étais convaiucu que l'animal était mort.

Je le rassurai donc beaucoup sur l'issue probable de sa maladie et je le renvoyai à Lyon avec ce diagnostic, qui se confirma quatre mois après. Le baron de J... fut pris, en effet, à la fin de novembre de forts accès de toux pendant lesquels, au milieu du pus et du sang, il rendit les membranes caractéristiques des hydatides, à la suite de cet incident, la guérison complète eut lieu, et il n'est survenu aucun accident que je sache.

En résumé sur les cent quarante-quatre cas rapportés, la guérison a eu lieu 62 fois et la mort 82 fois.

La guérison a été due :

A l'expectoration des hydatides.	45	fois.
A leur évacuation par l'intestin.	1	»
A la ponction avec injection iodée.	1	»
A la ponction simple.	5	»
A la ponction ou à l'ouverture par le bistouri à travers les parois de la poitrine et à leur évacuation spontanée par les bronches.	7	»
A l'incision des parois thoraciques.	2	»

On ne peut faire un tableau semblable pour les cas de mort, car sauf les cas de pneumothorax, les autres causes de mort sont très-rarement signalées.

INDICATIONS

RELATIVES AUX DIVERS SYMPTÔMES

TOUX.

Sans indication spéciale de sa nature. — Obs. 7, 9, 22, 42, 43, 48, 49, 53, 56, 70, 73, 75, 76, 82, 84, 87, 90, 93, 99, 102, 104, 112, 118, 123, 128, 129, soit **26** fois.
Sèche. — Obs. 4, 10, 35, 58, 77, 97, 127, 141, soit **8** fois.
Quinteuse, paroxysmale, par accès, violente, etc. — Obs. 11, 20, 27, 32, 34, 36, 37, 45, 46, 50, 57, 61, 62, 63, 71, 72, 89, 91, 100, 106, 108, 109, 111, 114, 121, 122, 130, 137, 138, 142, 143, soit **31** fois.

HÉMOPTYSIES.

Légères. — Obs. 32, 34, 35, 66, 89, 111, 112, 135, 141, soit **9** fois.
Répétées. — Obs. 11, 21, 37, 43, 50, 53, 54, 63, 72, 78, 82, 96, 98, 108, 117, 119, 133, 143, soit **18** fois.
Abondantes. — Obs. 20, 29, 57, 74, 102, 114, 118, 142, soit **8** fois.

CRACHATS.

Muqueux. — Obs. 10, 16, 49, 57, 93, 111, 135, 141, soit **8** fois.
Muco-purulents. — Obs. 31, 32, 34, 48, 51, 53, 61, 68, 71, 77, 80, 82, 101, 104, soit **14** fois.
Sanglants et muco-purulents. — Obs. 20, 43, 46, 68, 76, 88, 91, 94, 97, 99, 106, 113, 123, 128, 129, 142, soit **16** fois.
Fétides ou gangréneux. — Obs. 36, 37, 42, 54, 63, 90. soit **6** fois.

DYSPNÉE.

Sans indication spéciale. — Obs. 9, 10, 11, 13, 18, 22, 25, 29, 34, 40, 45, 49, 53, 54, 55, 56, 58, 63, 73, 77, 80, 89, 91, 98, 102, 121, 127, 128, 129, 139, 142, soit **31** fois.
Intense et croissante. — Obs. 4, 7, 8, 20, 26, 27, 34, 35, 37, 39, 41, 43, 44, 46, 71, 84, 87, 93, 94, 100, 106, 107, 109, 110, 116, 117, 138, 143, soit **28** fois.

DOULEUR.

Sans indication spéciale. — Obs. 4, 42, 48, 77, 84, 87, 88, 100, 102, 119. soit 10 fois.

Siégeant du côté malade. — Obs. 9, 10, 11, 18, 20, 21, 25, 27, 29, 32, 34, 35, 37, 39, 43, 45, 46, 49, 51, 55, 58, 63, 71, 91, 93, 99, 101, 106, 107, 108, 111, 123, 127, 128, 129, 130, soit 35 fois.

Avec sensation particulière dans la poitrine. — Obs. 61, 93, 106, 108, 117, soit 5 fois.

VOUSSURE ET DILATATION.

Obs. 9, 11, 32, 34, 36, 37, 43, 46, 52, 55, 58, 75, 76, 91, 95, 105, 107, 108, 127, 128, 130, 131, 143, soit 23 fois.

DIMINUTION DES VIBRATIONS THORACIQUES.

Obs. 32, 37, 50, 75, 77, 82, 114, 141, 143, soit 9 fois.

MATITÉ.

Obs. 4, 7, 9, 15, 16, 20, 22, 29, 32, 34, 36, 37, 39, 40, 42, 45, 46, 49, 50, 51, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 63, 71, 72, 73, 75, 76, 77, 79, 91, 93, 95, 97, 99, 101, 106, 107, 108, 109, 111, 113, 114, 116, 119, 120, 121, 122, 123, 127, 128, 129, 130, 131, 141, 142, 143, soit 62 fois.

AUSCULTATION.

Diminution ou absence du bruit respiratoire. — Obs. 9, 16, 22, 26, 31, 32, 34, 36, 37, 42, 46, 52, 54, 55, 56, 57, 76, 97, 101, 106, 109, 111, 113, 116, 118, 120, 121, 128, 130, 135, 141, 143, soit 33 fois.

Frottement. — Obs. 23, 58, 76, 127, soit 4 fois.

Souffle bronchique. — Obs. 20, 37, 39, 40, 51, 61, 62, 63, 71, 80, 82, 106, 112, 131, 141, soit 15 fois.

Souffle caverneux. — Obs. 31, 82, 106, 117, soit 4 fois.

Râles muqueux et sous-crépitants. — Obs. 11, 26, 32, 34, 35, 36, 43, 47, 48, 49, 52, 54, 56, 61, 62, 63, 66, 71, 72, 76, 92, 96, 97, 102, 106, 108, 114, 117, 129, 142, soit 30 fois.

Tintement métallique. — Obs. 11, 32, 34. soit 3 fois.

Respiration amphorique. — Obs. 20, 32, 34, 35, 63, 108, soit 6 fois.

Egophonie. — Obs. 31, 40, 71, 114, 131, soit 5 fois.

Timbre métallique de la voix ou des râles. — Obs. 20, 36, 71, 107, 141, soit 5 fois

ÉTAT GÉNÉRAL.

Amaigrissement. — Obs. 20, 35, 37, 46, 50, 58, 61, 66, 72, 75, 83, 87, 89, 101, 102, 128, 141, soit **17** fois.

Affaiblissement. — Obs. 10, 20, 34, 41, 42, 50, 82, 99, 106, 127, 129, 141, 142, 143, soit **14** fois.

Fièvre. — Obs. 3, 8, 31, 41, 45, 46, 51, 56, 63, 71, 93, 100, 113, 129, soit **14** fois.

Sueurs. — Obs. 10, 37, 57, 71, 72, 82, 93, 97, 113, 142, soit **10** fois.

Diarrhée. — Obs. 3, 10, 42, 46, 57, 61, 93, 97, 101, soit **9** fois.

Doigts hippocratiques. — Obs. 108, 114, 141, soit **3** fois.

Œdème. — Obs. 19, 29, 30, 34, 39, 43, 47, 56, 62, 68, 80, 99, soit **12** fois.

Bon aspect. — Obs. 4, 32, 45, 72, 76, 77, 82, 88, 99, 107, 108, 109, 142, soit **13** fois.

EXPECTORATION D'HYDATIDES.

Obs. 28, 29, 37, 38, 46, 48, 49, 50, 57, 58, 61, 64, 66, 68, 72, 78, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 128, 129, 132, 133, 135, 137, 138, 139, 141, 142, 143, soit **70** fois.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ÉTABLI PAR ORDRE CHRONOLOGIQUE

1° *Cas de mort.*

Obs. 1. — WOLCKERUS ap. (Joachim - Camerarium, De obser. propriis. Schenck. lib. III. Obs. IX. P. 392. (Davaine).

Obs. 2. — MALOET. Sur les hydropisies enkystées dans les poumons et dans le foie. Memoires de l'Académie roy. des sciences, 1732. P. 25, (Davaine.)

Obs. 3. — RICHTER. Journal de chirurgie de Christian Loder, 1797 T. I. (Davaine.)

Obs. 4. — GEOFFROY et DUPUYTREN. Bull. de l'école de médecine, 1805. (Davaine.)

Obs. 5. — CAYOL. Laënnec. T. II. P. 200. (Davaine.)

Obs. 6. — DUPUYTREN. Leçons orales. T. III. P. 379. (Davaine.)

Obs. 7. — LEROUX. T. VII. P. 140. (Davaine.)

Obs. 8. — LEPOIS. Carolus Piso. Observ. med. P. 329. (Davaine.)

Obs. 9. — ALIBERT. Journal hebd. de méd. Paris, 1829. T. II. P. 264. (Davaine.)

Obs. 10. — SONIÉ-MORET. IV. Bull. Soc. anat., 1836. P. 36. (Davaine.)

Obs. 11. — BALLY. Journal des Connaissances médicales, 1838. P. 193.

Obs. 12. — SEGUIN et BECQUEREL. Journal médical. Paris, 1839. (Davaine.)

Obs. 13. — SIMON. Jour. des Connaissances médico-chir., 1840. N° 194. (Davaine).

Obs. 14. — TROCHON. Bull. Soc. anat., 1840. (Davaine.)

Obs. 15. — BOUVIER. Bull. acad. roy. de méd. Paris, 1841. T. VII. P. 935. (Davaine.)

Obs. 16. — BOUVIER. Bull. acad. roy. de méd. Parls, 1842. T. VIII. P. 1244. (Davaine.)

Obs. 17. — NEUCOURT. Bull. Soc. anat. de Paris, 1842. P. 235. (Davaine.)

Obs. 18. — WATTS DE MANCHESTER. Cité par Budd. (Davaine.)

Obs. 19. — SERRAILLER. Bull. de la Soc, anat. Paris.

Obs. 20. — Baron. Mémoires de l'Acad. de médecine, 1845.
Obs. 21. — Mercier. Bull. de la Soc. anat. T. XIII. P. 71.
Obs. 22. — Andral. Clinique. T. II. P. 410, obs. IV. (Davaine.)
Obs. 23. — Andral. Clinique. T. II. P. 408, obs. III. (Davaine.)
Obs. 24. — Andral. Clinique. T. II. P. 407. (Davaine.)
Obs. 25. — Andral et Lemaitre. Bull. Soc. anat. 25e année. P. 106. (Davaine.)
Obs. 26. — Andral. Clinique. T. II. P. 412, obs. V. P. 204. (Davaine.
Obs. 27. — Fouquier. Clinique des hôpitaux. Journal anal. N° 5. P. 204. (Davaine.)
Obs. 28. — Nega. Echinococcus hominis in der Lunge (Caspers Wochenschr. N° 40, 1851. Anal. in Canstatt's Jaresb. 1851. T. IV. P. 249.
Obs. 29. — Ed. Caron et Soubeiran. Comptes-Rendus Soc. biologique T. IV. P. 171. 1852. (Davaine.)
Obs. 30. — Pinaut. Bull. Soc. anat., 1854. P. 406. (Davaine.)
Obs. 31. — Aubré. Bull. Soc. anat., 1854. P. 241. (Davaine.)
Obs. 32. — Pillon. Bull. Soc. anat., 1856. P. 309. (Davaine.)
Obs. 33. — Cruveilhier. Anat. path. gén., 1856. T. III. P. 340. (Davaine.)
Obs. 34. — Moutard-Martin. (Thèse inaug. Des Hydatides du poumon, 1856. Paris.) (Garreau.)
Obs. 35. — Garreau. Thèse inaugurale.
Obs. 36. — Krabbe. Einige Fälle von Hydatiden beim Menschen. Hosp. Neddeleser. Kopenhagen, 1856. P. 131. (Canstatt's Jahresb. Bd. III. P. 257. 1857.)
Obs. 37. — Gairdner (N.-G.) Edinburg. Medical journal. P. 587. 1857.
Obs. 38. — Pockels. Anal in Canstatt's Jahresb. 1857. Bd. IX. P. 376.
Obs. 39. — Genouville. Bull. Soc. anat. 1857. P. 56.
Obs. 40. — Vidal. Bull. Soc. anat. 1857.
Obs. 41. — Wunderlich. Fall von zahllosen Echinococcen in der Leber, de Milz, dem Peritoneum, etc. (Arch. für physiologische Heilkunde. 1858.) Nouv. série. T. II. P. 283. (Davaine.)
Obs. 42. — Moissenet. Bull. Soc. anat. P. 391. 1858.
Obs. 43. — Budd. Transactions of the Pathological society of London. 1859. Vol. X. P. 80. In Medical Times and Gaz. London, 1858. (Davaine.)
Obs. 44. — Wallmann. Wien. Med. Wochenbl. Bd. XVII. N° 26. 1861.
Obs. 45. — Wallmann. Wien. Med. Wochenbl. Bd. XXII. 1861.
Obs. 46. — Roger. Union médicale. 1861. P. 308.
Obs. 47. — Ollivier (R.). Bull. Soc. anat. Juillet 1861.
Obs. 48. — Dowling. Aust. med. jour. 1864. P. 105.
Obs. 49. — Peacock. Trans. of Pathological society. Vol. XV. 1864.
Obs. 50. — Williams. The Lancet. Vol. II. P. 632. 1864.

Obs. 51. — Besnier. Bull. Soc. anat. P. 315. 1864.
Obs. 52. — Mac Gillivray. Austral. Med. journal. 1865.
Obs. 53. — Martin. Austral. Med. journal. 1865.
Obs. 54. — Mac Gillivray. Austral. Med. journ. 1867.
Obs. 55. — Darbez. Union méd. 1866.
Obs. 56. — Chvostek. Mittheilungen aus der Klinik von prof. Duchek Fallvon Echinococcus der Lunge. Oesterr. Zeitsch.
Obs. 57. — Mac Gillivray. Aust. Med. journal. 1867.
Obs. 58. — Maunsul. Aust. Med. journal., P. 183, 1868.
Obs. 59. — Darbes. Bull. Soc. anat. 1868. P. 518.
Obs. 60. — Scheuthaner. Med. Jahr. Wien. 1867. Vol. XIV. P. 48, et
Obs. 61. — Schrotter. Medizinische Jahrbücher Wien 1867. Vol. 14, fasc. 4. P. 31. (Thèse de Carrière sur les hydatides alvéolaires.)
Obs. 62. — Carrière. Thèse inaugurale. Paris, 1868.
Obs. 63. — Corazza. Echinococco del pulmone sinistro. Bull. delle science med. di Bologna. Giugno 1869. Anal in Schmid'ts Jahrb. Bd 152. P. 101. 1871.
Obs. 64. — Woillez. Dictionnaire de diagnostic méd. P. 516. 1870.
Obs. 65. — Morgan. British medical journal. 1870.
Obs. 66. — Ducastel. Bull. Soc. anat. Juin 1870. P. 363.
Obs. 67. — Culot. Bull. Soc. anat. 1870.
Obs. 68. — Bird. Aust. med. jour. 1871.
Obs. 69. — Smith. Aust. med. jour. 1871.
Obs. 70. — Lecourtois. Bull. Soc. anat. 1871.
Obs. 71. — Widal. Gaz. des Hôpitaux. 1872.
Obs. 72. — Habershon. Guy's Hospital rep. 1872 et 1873.
Obs. 73. — Mac Gillivray. Aust. med. jour. 1867 et 1872.
Obs. 74. — Troisier. Bull. de la Soc. anat. 1872.
Obs. 75. — Trousseau. Clinique méd. de l'Hôtel-Dieu. P. 851. Tome I. 1873. 4e édition.
Obs. 76. — Lebert. Klinik der Brustkrankheiten. 1874.
Obs. 77. — Lebert. Klinik der Brustkrankheiten. 1874.
Obs. 78. — Lebert. Klinik der Brustkrankheiten. 1874.
Obs. 79. — Deffaux. Progrès médical. Déc. 1874.
Obs. 80. — Lignerolles. Bull. Soc. anat. Déc. 1874.
Obs. 81. — Liouville et Straus. Gaz. méd. Janv. 1875.
Obs. 82. — 1874. Obs. inédite.

Kystes hydatiques terminés par la guérison.

Obs. 83. — Doubleday. Hyd. exp. Medical observations and inquiries. Vol. V. P. 143. 1776. (Davaine.)

Obs. 84. — Johnson. In London medical journal. Vol. VI.P. 293. 1785. (Davaine.)

Obs. 86. — Laennec et Ribes. Traité de l'auscultation. T. II. P. 201. 3e édit. (Davaine.)

Obs. 87. — Laennec. Kyste hyd. du poumon ouvert dans l'intestin. Laënnec. T. II. P. 201. (Davaine.)

Obs. 88. — Corvisart. Histoire d'une maladie singulière observée à la Clinique interne de l'école de Paris, journal de Corvisart. T. II. P. 195. An IX. (Davaine.)

Obs. 89. — Baumes. Ann. de la Soc. de méd. de Montpellier. 1803. (Davaine.)

Obs. 90. — Duncan. Edinb. med and surg. journal. Vol. VII, P. 490. (Davaine).

Obs. 91. — Fréteau. Opération de l'empyème par Fréteau, de Nantes. 1812. Dans journal de Sédillot. T. XLIII. P. 121. (Davaine.)

Obs. 92. — Beaugendre. Laënnec. T. II P. 202. (Davaine.)

Obs. 93. — Ridge. Guy's Hospital Rep. V. VI. P. 507. 1836.

Obs. 94. — Hœring. Wissenchaft Annal. der gesammten Heilkunde, et Gaz. méd. de Paris, 1836. T. IV. P. 601. (Davaine.)

Obs. 95. — Brugnon. Giornale per servire ai progressi della patologida et della terapeutica. 1838. T. IV, fasc. 25. (Davaine.)

Obs. 96. — Husson. Bull. Soc. anat. P. 172. 1840. (Davaine.)

Obs. 97. — Arrowsmith. Provinc. med. journal. Jan. 1844. Anal in Canstatt's Jahresb. 1844. Bd IV. P. 475.

Obs. 98. — Rose. London med. Gaz. 1844.

Obs. 99. — Babington. Opérat. de l'empyème. Guy's Hosp. Rep. P. 97. 1844.

Obs. 100. — Monro. Obs. citée par Wright in Medical times and Gaz. P. 44. et 45.

Obs. 101. — Baron. Mémoires de l'Académie de méd. 1845.

Obs. 102. — Andral. Andral. Clinique médicale. T. II. P. 414. (Davaine.)

Obs. 103. — Fouquier. Andral. Clinique médicale. T. II. P. 416. (Davaine.)

Obs. 104. — Thompson. Roy. med. and surgical society. 1850.

Obs. 105. — Williams. Roy. med. and surgical society. March. 1850.

Obs. 106. — Quain. Trans of Pathological society. May 1853.

Obs. 107. — Vigla. Des hydatides de la cavité thoracique. Obs. Arch. gén. de médecine. 5e série. Paris, 1855, T. VI. P. 282. (Davaine.

Obs. 108. — Bernard. Garreau. Thèse. Hydatides du poumon. Paris, 1856.

Obs. 109. — Ullmann. Acephalocysten der Lungen, in Zeitschr. für Natur und Heilkunde in Ungarn. Bd VII. N° 40. 1856. Anal in nstatt's Jahresb. Bd IV. P. 375, 1857.

Obs. 110. — Pockels. In Canstatt's Jaresb. P. 376. Bd IX. 1857.

Obs. 111. — Leared. Medical times et Gaz. Aug. 1857

Obs. 112. — Hare. Trans. of the Pathological. Soc. Oct. 1857. Lancet. P. 448. 1857.

Obs. 113. — Pietra-Santa. Comptes-Rendus de la Société de biologie. 1861. P. 271. Obs. du Dr Pietra-Santa communiquée par Davaine.

Obs. 114. — Trousseau. Clinique méd. de l'Hôtel-Dieu. Vol. I. P. 841. 1873. 4e édit.

Obs. 115. — Hudson. Australian. Med. journal. 1861.

Obs. 116. — Roger. Union méd. 1861.

Obs. 117. — Cutts. Melbourne med. Record. Feb. 2nd. 1862.

Obs. 118. — Mac Gillivray. Austral med. journal. 1865. P. 243.

Obs. 119. — Mac Gillivray. Austral med. journal. 1865. P. 243.

Obs. 120. — Mac Gillivray. Austral med. journal. 1865.

Obs. 121. — Mac Gillivray. Austral med. 1865.

Obs. 122. — Mac Gillivray. Hydatides du poumon, du foie et de l'abdomen. Aust. med. journ. 1867.

Obs. 123. — Mac Gillivray. Austral med. journal. 1867.

Obs. 126. — Mac Gillivray. 3 cas de kystes pulmonaires. Austral med. journal. 1872. P. 213.

Obs. 127. Southey. Bartholomew's Hospital reports. 1867.

Obs. 128. — Federici. Sopra un caso di echinococco del pulmone e intorno le varie forme di questa malattia. Rev. clin. di Bologna, N° 11 et 12. 1868.

Obs. 129. — Federici. Rivista clinica di Bologna. N° 12. P. 362.

Obs. 130. — Finsen. Kyste hyd. du poumon ouvert dans la plèvre. Dr Jon. Finsen. Archives générales de médecine. Janv. 1869.

Obs. 131. — Moutard-Martin. Gaz. hebd. 1871.

Obs. 132. — Smith. Aust. med. journal. 1871.

Obs. 133. — Joffroy. Bull. Société anatomique. 1871.

Obs. 134. — Bird. Austral med. journal. 1871.

Obs. 135. — Bird. 2 cas de kystes hydatiques. Aust. med. jour. 1871.

Obs. 136. — Bird. Kyste hyd. du poumon et du foie. Medical Times et Gaz. aug. 1873.

Obs. 139. — Bird. 3 obs., l'une de Bird, l'autre de Fitzgerald, la troisième de Mac Mullen. Austral med. journal. 1873.

Obs. 140. — Blair. Austral med. journal. 1871 et 1873.

Obs. 141. — Lebert. Klinik der Brustkrankheiten. 1874.

Obs. 142. — Obs. inédite.

Obs. 143. — Obs. inédite.

Obs. 144. — Briau. Obs. inédite.

A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 31.